BOSTON MEDICAL LIBRARY
PURCHASED FROM THE INCOME OF THE
SAMUEL WHEELER WYMAN
MEMORIAL FUND

24.R.28

LE

CANCER DU SEIN

PRINCIPAUX TRAVAUX DE M. LE DENTU

Des kystes du pancréas. (Bull. de la Soc. anatomique, 1865, p. 197-214.)

Des anomalies du testicule, 1869. J.-B. Baillière et fils.

Articles du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1867-1879. Claudication (tome VII); Effort (t. XII); Face (t. XIV); Hernies (t. XVII); Lymphatique [système] (t. XXI); Main (t. XXI); Ongle (t. XXIV); Orbite (t. XXIV); Phlegmon (t. XXVII). J.-B. Baillière et fils.

De l'ulcération des artères (Mém. de la Soc. de chirurgie, t. VII, p. 575).

De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale (Journal de thérapeutique de Gubler, 1876).

Localisations cérébrales et trépanation (Bull. de la Soc. de chirurgie, 1877, t. III, p. 743-783).

Traité des maladies de la prostate et de la vessie [en collaboration avec M. Voillemier], 1881, 1 vol. gr. in-8, avec 120 figures dans le texte. G. Masson.

Procédé de cure radicale du varicocèle (Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1887, p. 14 et 92).

Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales, 1889, 1 vol. gr. in-8, avec 34 figures. G. Masson.

Etudes de clinique chirurgicale (hôpital Necker, année scolaire 1890-1891). Paris, 1892, 1 vol. in-8, avec 36 figures.

Procédé d'ostéotomie cunéiforme oblique du fémur pour l'ankylose vicieuse de la hanche (Rev. d'orthopédie, 1er mars 1895).

Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma (Rev. de chirurgie, 1896, p. 921).

Traité de chirurgie clinique et opératoire publié sous la direction de Le Dentu et P. Delbet, art. Lésions par destructions des tissus : brûlures et froidures ; Maladies virulentes : tuberculoses et abcès froids (tome I, 1896), art. Vices de conformation de la face (tome V, 1897), art. Annexes de l'utérus : états anormaux et maladies [en collaboration avec le Dr St. Bonnet], (tome X, p. 769 à 993, 1901). J.-B. Baillière et fils.

Toxithérapie et sérothérapie des tumeurs malignes (Gaz. des hôp., 8 février 1896).

Des contusions de l'abdomen. Indications opératoires (11e Congrès français de chirurgie, 1897).

Lymphangiome inguino-scrotal, lésions diverses dues à la filaire du sang (Rev. de chirurgie, 1898, p. 1).

De l'exclusion intestinale (Rev. de gynécologie, 1er février 1899).

De l'hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne (Bull. de l'Acad. de médecine, séance du 18 avril 1899)

Procédé de cure radicale de la hernie inguinale (Rev. de chirurgie, 1900, t. XXII, p. 731).

DIJON, IMPRIMERIE DARANTIERE

LE

CANCER DU SEIN

ÉTUDE CLINIQUE

STATISTIQUE

PAR

A. LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de Médecine.

Avec 8 figures intercalées dans le texte.

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1902

Tous droits réservés

13962 Sy .50

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/lecancerdusein00lede

LE CANCER DU SEIN

Ce travail est d'ordre essentiellement pratique et d'un caractère tout personnel. Il est en même temps l'exposé d'une partie de mes résultats opératoires et le résumé de mes idées sur certains points de la question du cancer du sein, spécialement sur son traitement chirurgical. Bien que, dans la lutte contre ce mal trop souvent inexorable, il y ait encore plus de mécomptes à récolter que de satisfactions, la certitude d'un progrès dû au perfectionnement graduel des méthodes d'exérèse m'a poussé à publier une série de documents relatifs à cet important sujet. Les déductions que j'en ai tirées après une sévère analyse, rapprochées de celles qui découlent de récentes statistiques étrangères, sont toutes en faveur de l'action chirurgicale large et précoce. Si un jour cette notion, dégagée depuis longtemps, mais insuffisamment répandue, devenait la règle absolue de conduite de tous les médecins, son application générale marquerait une étape heureuse dans l'histoire d'une des formes les plus communes du cancer.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Lorsque j'entends vanter les merveilles accomplies de nos jours par la chirurgie, je me sens flatté dans mon amour-propre, comme doivent l'être tous ceux qui ont participé à cet admirable mouvement, soit qu'ils y aient contribué dans une mesure plus ou moins large, soit qu'ils aient simplement obéi au courant qui les entraînait. Mais presque aussitôt cette impression de légitime fierté est tempérée par la pensée que le traitement des tumeurs malignes n'a que faiblement bénéficié du progrès général.

En dépit d'améliorations sensibles dans les suites éloignées des interventions, le cancer est encore l'opprobre de notre art ; il est demeuré la pierre d'achoppement des efforts les mieux combinés, les plus rationnels, les plus persévérants, la cause de découragement la plus puissante pour ceux que l'insuccès rebute et affecte profondément.

Les chances sont encore trop inégales entre un mal qui naît et se développe traîtreusement, sans qu'on sache sous l'influence de quelles causes, de quels agents, et la thérapeutique médicale ou chirurgicale qu'on lui oppose. Les tentatives pleines

d'illusions de la sérothérapie n'ont encore rien donné de sérieux, et la méthode sanglante n'aboutit que trop souvent à des résultats médiocres, quoique incontestablement supérieurs à ceux de jadis. Cette supériorité, révélée par des faits aujourd'hui nombreux, peut déjà fournir un solide point d'appui aux nouveaux efforts des chirurgiens, dans le but de réaliser des améliorations plus larges, plus frappantes. Ils ne manqueront pas d'y trouver les encouragements dont ils ont un besoin d'autant plus impérieux qu'ils ne doivent pas s'exagérer l'étendue ni la portée des progrès tout relatifs accomplis depuis quinze ou vingt ans.

En parlant de progrès, je pense principalement aux tumeurs malignes du sein. S'il s'attaque à d'autres organes superficiels ou profonds, tels que la parotide, la langue, l'estomac, l'intestin, la vessie, les reins, le cancer est plus difficile encore à déraciner entièrement, et de trop fréquentes récidives rendent inutiles les opérations exécutées avec le plus d'habileté. A plus forte raison l'espoir du succès est-il illusoire, lorsque le néoplasme s'est développé dans certains autres organes, tels que le foie, où il existe souvent sous la forme diffuse, et le pancréas, dont la situation et les rapports opposent un obstacle à peu près insurmontable à l'action chirurgicale. Dans de pareilles conditions, les tentatives d'exérèse

comportent de tels risques que l'abstention s'impose le plus ordinairement.

Au contraire les cancers du sein, extrêmement fréquents, représentant un groupe très important, sont, avec les néoplasmes de la peau et des surfaces muqueuses voisines des orifices naturels, les plus accessibles à l'intervention. C'est pourquoi ils sont de ceux sur lesquels on agit avec le moins de désavantage. Il est incontestable qu'en ce commencement de siècle nous sommes mieux armés contre eux que ne l'ont été nos maîtres et que nous ne l'avons été nous-mêmes au début de notre carrière.

Je suis en état de le démontrer, après d'autres, par l'exposé d'une série de faits de ma pratique personnelle. Avant de développer les considérations que leur analyse m'a suggérées, je crois nécessaire de les résumer, en les présentant dans l'ordre chronologique. Le premier date de l'année 1872, le second de 1876. Les autres sont échelonnés sur un espace de vingt-deux ans, de 1879 à 1901.

Cette série est donc à cheval, pour ainsi dire, sur deux périodes bien distinctes de l'histoire de la chirurgie contemporaine : sur la période des errements anciens, en matière de pansements, et des opérations parcimonieuses, sur celle de l'antisepsie et des larges interventions. Il en résulte que des résultats peu comparables entre eux se trouvent rapprochés dans

un même cadre. Cette circonstance ne sera cependant pas cause, pour ma statistique, d'un désavantage très marqué par rapport à certaines statistiques étrangères où ne figurent que des faits récents, représentant les résultats des méthodes opératoires les plus perfectionnées. *En tout cas, le lecteur voudra bien en tenir compte dans la comparaison qu'il fera certainement entre ces statistiques et la mienne.*

J'avais pensé tout d'abord que je ne pourrais arriver à poser des conclusions de quelque portée qu'en faisant connaître les résultats de toutes les amputations de seins que j'ai pratiquées, depuis près de trente ans, à l'hôpital et en ville ; mais je me suis senti arrêté immédiatement par l'impossibilité de mener à bien une enquête sur les faits de l'hôpital. Pour les cas relativement récents, ne remontant pas à plus d'une dizaine d'années, l'entreprise aurait offert des chances de succès. J'aurais pu sans doute retrouver un certain nombre de mes opérées, avoir quelques renseignements précis sur celles qui seraient mortes, voir quelques-unes de celles qui auraient survécu jusqu'ici ; mais forcément je serais resté dans le doute sur le sort de beaucoup d'entre elles, et le hasard aurait pu réunir dans le groupe des cas dont le résultat m'aurait été connu, trop de faits favorables ou défavorables par rapport au total.

Sans renoncer entièrement pour l'avenir à une en-

quête aussi vaste et qui exigerait un temps énorme, j'ai cru devoir me borner pour le moment à en faire une plus limitée, offrant par là même de plus sérieuses garanties. J'ai réuni seulement les amputations du sein que j'ai pratiquées en ville, pour des cancers incontestables et des tumeurs malignes très voisines du carcinome proprement dit ou y aboutissant facilement.

J'ai constitué ainsi un groupe de 57 faits, groupe qui paraîtra sans doute un peu restreint, mais qui ne représente pas, à beaucoup près, toutes les tumeurs malignes du sein qui me sont passées sous les yeux dans ma clientèle. Depuis quinze ans seulement j'en ai relevé, sur mon registre de consultations, une quinzaine pour lesquels j'ai dû conseiller une opération qu'un autre chirurgien aura faite, et une vingtaine offrant des contre-indications formelles à toute intervention.

J'ai dit *des contre-indications formelles*, parce que, dans l'état actuel des choses et étant donné les ressources nouvelles du manuel opératoire, on a le droit d'opérer toutes les malades chez lesquelles on n'a pas reconnu une telle étendue de lésions locales ou une telle évidence de lésions de généralisation que l'exérèse complète serait matériellement impraticable ou l'intervention frappée à l'avance d'insuccès.

Qu'on ne croie donc pas que, par suite de la restriction voulue de mes interventions, ma série soit le produit d'une sévère sélection. Tout au contraire, il y figure des cas où j'ai regretté de ne pas m'être abstenu et qui m'ont causé de graves mécomptes. Il en est aussi où je ne suis intervenu que parce que j'ai eu la main absolument forcée. Les uns et les autres abaissent dans une mesure sensible la moyenne des survies; tant pis s'ils m'aident à dégager plus rigoureusement qu'on n'a coutume de le faire, les particularités d'où l'on doit déduire les contre-indications.

RÉSUMÉS DES FAITS

Quoique les modifications graduelles du manuel opératoire empêchent les observations qui suivent d'être strictement comparables les unes aux autres, ces modifications n'ont pas été assez brusques, dans ma pratique personnelle, pour servir de base au partage de mes cas en groupes très distincts les uns des autres.

J'ai passé successivement de l'amputation du sein, comme on la comprenait il y a vingt-cinq ou trente ans, sans évidement de l'aisselle, sauf les cas où l'on y sentait nettement des ganglions, au curage de cette cavité, à l'ablation de l'aponévrose

du grand pectoral, puis à l'ablation de la couche sous-aponévrotique de ce muscle, enfin à la résection systématique du faisceau sternal du grand pectoral, que je n'avais faite jusque-là que par nécessité. C'est donc par transitions peu sensibles que je suis arrivé à l'application du procédé de Halsted dans un de ses temps fondamentaux. On verra plus loin s'il y a lieu de l'adopter dans son ensemble et sans restrictions.

Pour tous les cas qui suivent, mon enquête a été terminée vers le 15 juillet de l'année 1901.

1. *Amputation du sein droit pour carcinome, sans extirpation de ganglions axillaires.* *Guérison* (1).

Mlle X..., âgée de 33 ans environ, opérée le 29 mai 1872 avec le Dr Félix Baudouin.

Tumeur peu développée, peu adhérente aux téguments, non ulcérée. Pas de ganglions axillaires perceptibles. Bon état général au moment de l'intervention.

Ablation assez large, mais sans toucher à l'aponévrose du grand pectoral et sans curage de l'aisselle. Pas de suture. Pansement ouaté. Suites simples, guérison dans le délai normal.

Cette opérée a succombé environ un an après à une pleurésie aiguë, qu'on m'a dit ne pas avoir été de nature cancéreuse, (renseignement donné par le Dr Baudouin). Je la considère donc comme *morte d'une maladie intercurrente.*

(1) La mention *guérison* comprise dans les titres ne s'applique qu'à la guérison opératoire.

2. ***Amputation du sein pour carcinome, sans extirpation de ganglions axillaires.*** *Guérison.*

Madame B..., 50 ans, opérée le 11 novembre 1876. Tumeur médiocrement développée, de nature certainement maligne.

Pas de curage de l'aisselle ; mais extirpation assez large sans toucher à l'aponévrose du grand pectoral. Pansements à plat sans suture.

Revue seulement une fois le 14 novembre 1876 ; mais je sais que les suites de l'intervention ont été normales. Pas de renseignements ultérieurs ; survie inconnue.

Résultat éloigné inconnu.

3. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame D., 51 ans, opérée le 7 mars 1879. Tumeur déjà assez volumineuse ; adhérence aux téguments sans menace d'ulcération. Quelques ganglions axillaires. Date du début indéterminée. Bon état général.

Dissection large de la glande et extirpation des ganglions axillaires sans curage proprement dit. Pas de suture ; pansements à plat. Guérison sans complications dans le délai normal.

Plusieurs années de santé parfaite ; puis récidive locale ayant causé la mort à la fin de 1889 (notes personnelles).

Survie de presque 11 ans.

4. ***Amputation partielle du sein gauche pour tumeur épithéliale ulcérée, avec extirpation de ganglions axillaires.*** *Guérison.*

Madame M., âgée de 44 ans, opérée le 19 juin 1879. Pe-

tite tumeur située au côté interne du sein, à une faible distance du sternum, ulcérée dans l'étendue d'une pièce d'un franc. Quelques ganglions dans l'aisselle du même côté. Parties intermédiaires entre l'ulcération et l'aisselle intactes. Etat général satisfaisant, pas de lésions viscérales.

Ablation de la tumeur et d'une assez large portion de tissus alentour. Extirpation de plusieurs ganglions sans curage proprement dit de l'aisselle et sans toucher aux parties intermédiaires entre la tumeur et l'aisselle.

Récidive trois mois après dans l'aisselle, mais non dans la cicatrice. Morte le 10 juillet 1880 (notes personnelles).

Survie d'un an et 21 jours.

5. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame L..., opérée le 14 décembre 1880, avec le Dr Damaschino. Date du début indéterminée. Tumeur médiocrement volumineuse, adhérente mais non ulcérée. Pas de ganglions nets. Dissection du sein entier, mais pas de curage de l'aisselle. Pas de suture ; pansements à plat à l'acide phénique au 1/100e. Légère lymphangite érysipélateuse bientôt éteinte. Guérison sans retard notable.

A succombé un an après à une pneumonie franche aiguë, sans apparence ni menace de récidive (renseignement donné par le Dr Damaschino).

Survie interrompue après un an par une maladie intercurrente.

6. ***Amputation du sein pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame B., opérée le 15 février 1881 avec le Dr Monard. Suites normales, mais pas de renseignements ultérieurs.

Résultat éloigné inconnu.

7. ***Amputation du sein gauche pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame B..., 51 ans, opérée le 18 novembre 1881. Sein envahi en partie seulement. Pas de ganglions nettement perceptibles. Adhérence aux téguments peu étendue.

Ablation peut-être insuffisamment large de la mamelle; pas de curage proprement dit de l'aisselle. Suture et drainage. Réunion immédiate et guérison complète en neuf jours.

Revue trois ans après. Excellent état général, mais, *trois nodosités de consistance fibreuse*, sphériques, du volume d'une petite noisette, sous la cicatrice. Une seule est adhérente à cette dernière. Les deux autres en sont tout à fait indépendantes et sont mobiles au milieu des tissus voisins. Il est regrettable que ces nodosités n'aient pas été enlevées.

Revue le 5 février 1885. Etat local à peu près le même; aisselle toujours indemne.

Morte au commencement de 1886.

Survie *sans apparence de récidive* : un peu plus de trois ans (notes personnelles).

Survie totale d'*un peu plus de 4 ans.*

8. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame B..., d'une cinquantaine d'années, opérée le 4 avril 1882 avec le Dr E. Bonnefoy. Tumeur déjà assez volumineuse et adhérente. Ganglions axillaires.

Amputation large avec extirpation de plusieurs ganglions. Pas de suture. Pansements phéniqués. Suites normales.

En 1883, on m'a redemandé auprès de cette malade, sans doute *pour une récidive;* mais je n'ai pas pu m'occuper d'elle. Un autre chirurgien a dû l'opérer.

Morte le 8 mai 1884, après formation d'une tumeur dans le bassin (cancer osseux secondaire?)

On ne m'a pas parlé de récidive locale (lettre du Dr Bonnefoy).

Survie totale : un an et un mois.

9. *Amputation du sein gauche pour carcinome.* *Guérison.*

Madame U..., 59 ans, opérée le 18 mai 1882 avec le Dr Duguet. Début il y a quelques mois. Tumeur assez volumineuse, adhérente mais non ulcérée. Ganglions axillaires faciles à constater, mais mobiles. Bon état général.

Dissection large de la mamelle, curage profond de l'aisselle. Suture, drainage. Erysipèle assez grave et d'une durée de trois semaines au moins. Guérison.

Revue *au commencement de mars 1887*, presque cinq ans après l'opération. Pas de récidive locale; cicatrice intacte dans toute sa longueur, y compris la portion axillaire. *Cancer volumineux du sternum* et *pleurésie cancéreuse* avec épanchement remplissant presque entièrement le côté gauche de la poitrine. Début du néoplasme osseux non précisé. — Morte le 9 avril 1887 (notes personnelles).

Survie totale : 4 ans et près de 11 mois, soit environ *5 ans.*

10. *Amputation du sein gauche pour carcinome.* *Guérison.*

Madame D..., 60 ans, opérée par le Dr Ch. Perier à ma place, en octobre 1884. J'insère son observation dans ma série, parce que cette dame était ma cliente et que, si l'état de ma santé ne m'a pas permis de l'opérer moi-même, j'ai pris la suite du traitement jusqu'au dénouement.

Opération large, curage de l'aisselle. Suture, réunion

immédiate. Suites immédiates excellentes. Bonne période de 15 mois sans récidive ni métastase.

Au commencement de 1886, douleurs suspectes de sciatique double. Puis apparition de nodosités osseuses multiples. *Fracture spontanée* du fémur gauche à sa partie supérieure le 4 juin 1886. Pas la moindre tendance à la formation d'un cal.

Morte le 28 juin 1886, *sans récidive locale*, mais par suite de la généralisation viscérale (foie) et de la cachexie (notes personnelles).

Survie totale : 20 mois.

11. *Amputation partielle du sein gauche pour carcinome. Guérison.*

Madame M..., 55 ans, opérée le 1er février 1885 avec le Dr Saint-Vel. Tumeur située à la partie supérieure et externe de la mamelle, à peine adhérente, très mobile, ressemblant par conséquent beaucoup à une tumeur bénigne ou du groupe des sarcomes, et opérée comme telle. Donc ablation insuffisante, pas de curage de l'aisselle, où d'ailleurs il n'y avait pas de ganglions reconnaissables.

En somme, mauvaise technique due à une erreur de diagnostic ou du moins à des réserves que l'âge de la malade ne justifiait pas. Pansements à plat à la gaze phéniquée ; suites immédiates normales, mais récidive locale rapide et développement précoce d'une tumeur secondaire du foie. Cachexie.

Morte en mars ou avril 1886 (notes personnelles).

Survie totale : un an et 2 mois environ.

12. *Amputation du sein gauche pour squirrhe. Guérison*

Madame G..., 47 ans, opérée le 20 juillet 1885. Tumeur

peu volumineuse, mais rétractée, avec ganglions axillaires médiocrement développés, plaqués contre la paroi thoracique et un peu adhérents aux côtes.

Au cours de l'opération, grande difficulté à isoler et extirper les ganglions. *J'en laisse dans le sommet de l'aisselle* un petit groupe appliqué sur la veine axillaire et confondus avec sa paroi. La résection de cette veine est contre-indiquée dans un cas aussi défavorable. Donc *opération incomplète* et repullulation inévitable à bref délai. Pansements phéniqués ; pas de suture.

Quinze jours après, pleurésie cancéreuse du même côté. Epanchement peu abondant qui persiste après le retour de la malade chez elle en province. Il se développe des nodosités cancéreuses dans la cicatrice, sans ulcérations.

Morte le 1er janvier 1886 (lettre du Dr Walsdorff).

Survie de 5 mois et 10 jours. Il est certain que, dans ce cas, il eût mieux valu ne pas intervenir.

13. *Amputation du sein droit pour carcinome. Guérison.*

Madame Ch., 66 ans, opérée le 12 novembre 1885. Tumeur assez volumineuse ; ganglions axillaires peu développés. Bon état général. Ablation large comprenant une partie du muscle grand pectoral. Curage de l'aisselle. Réunion partielle de la plaie, pansement du reste à plat (gaze iodoformée). Suites normales, sauf une petite fistule qui persiste quelque temps au niveau d'*un cartilage costal qui se nécrose* et s'élimine.

Deuxième opération pour une récidive locale limitée, le 11 novembre 1886, juste un an après la première ; guérison.

Revue pendant l'été de 1888, près de 3 ans après la première opération, en bonne santé.

Morte le 22 novembre 1888, à la suite d'un affaiblissement graduel dont la cause n'a pas pu m'être indiquée, sans doute quelque métastase interne ; il n'y avait pas de récidive locale (lettre d'un neveu de cette dame).

Survie de 3 ans et 11 jours.

14. ***Amputation du sein gauche pour épithélioma végétant chez un homme.*** *Guérison.*

M. S., 51 ans, opéré le 2 décembre 1886. Tumeur kystique des dimensions d'une petite mandarine, franchement fluctuante, mais ferme à sa base, presque totalement adhérente

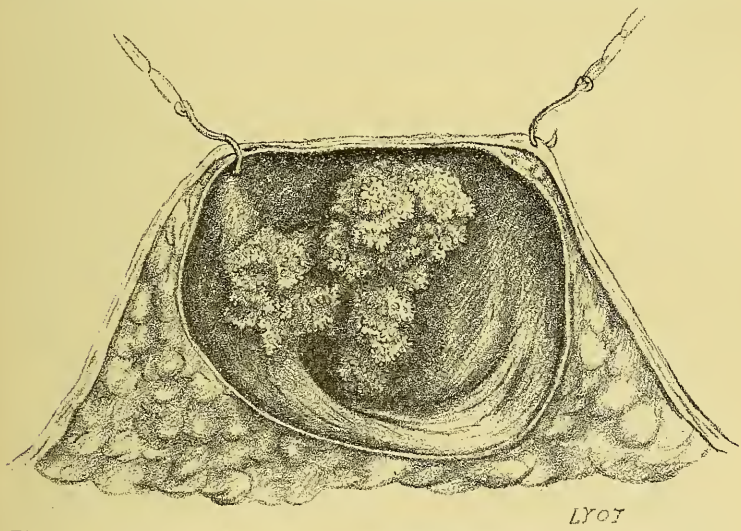

Fig. 1. — Epithélioma végétant de la glande mammaire chez un homme.

aux téguments qui sont rouges et menacés d'ulcération. Ganglions suspects dans les deux aisselles. Début constaté il y a un an par le malade et son médecin.

Extirpation large de la tumeur et d'une partie du grand

pectoral, ainsi que *des ganglions axillaires des deux côtés*. Pas de réunion complète possible ; pansements à plat avec la gaze iodoformée.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un *épithélioma végétant et kystique*, avec infiltration d'une épaisseur de tissus déjà grande à la base de la portion pédiculée du néoplasme. Les ganglions présentaient des lésions inflammatoires plutôt que des lésions de dégénérescence (fig. 1).

Guérison un peu lente, mais sans incidents.

Diabète survenu deux ans après l'opération. Pas de récidive locale ni de métastase interne jusqu'à la mort qui a eu lieu seulement le 12 octobre 1900, *causée par une pneumonie aiguë*.

C'est donc une maladie intercurrente qui a mis fin à cette *longue survie de 13 ans 10 mois et 11 jours* (renseignements fournis par la veuve).

15. *Amputation du sein droit pour carcinome.* *Guérison.*

Madame G., 52 ans, opérée le 1er février 1887. Tumeur largement adhérente, ganglions axillaires assez gros et peu mobiles. Bon état général. Ablation étendue, curage de l'aisselle. Dissection minutieuse de la veine axillaire *à laquelle des ganglions adhèrent*, échelonnés sur une longueur de plusieurs centimètres. Réunion partielle ; le reste de la plaie pansé à plat.

Deuxième opération le 15 mai 1888 pour une récidive seulement ganglionnaire. *Cinq pinces hémostatiques sont laissées sur autant de brèches inévitables de la veine axillaire*. Pas d'hémorragies secondaires.

Deuxième récidive locale en 1889; commencement de

cachexie. Morte le 27 octobre 1889 sans métastases internes (notes personnelles).

Survie de 2 ans et 8 mois.

16. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame J., 62 ans, opérée le 1er décembre 1887 avec le professeur Damaschino.

Tumeur assez volumineuse, ganglions axillaires nombreux, formant une masse des dimensions d'une très petite mandarine, mais mobile et nettement délimitée, quoique remontant jusqu'à la clavicule. Creux sus-claviculaire absolument indemne. Bon état général. Ablation large et curage complet de l'aisselle. Suture, drainage; réunion immédiate.

L'examen histologique, fait par M. Damaschino, a pleinement confirmé le diagnostic clinique.

Revue le 16 mai 1894 en excellente santé. D'après des renseignements fournis par cette dame elle-même (lettre du 9 novembre 1901), *sa guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.*

Survie, sans récidive ni métastase, de *13 ans 7 mois et 15 jours*, avec probabilité de prolongation ultérieure du bon état actuel (1).

17. ***Amputation du sein gauche pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame B., 58 ans, opérée le 10 janvier 1888, avec le Dr Clado.

(1) Mon enquête sur mes opérées encore vivantes a été close, comme pour les mortes, vers le 15 juillet de l'année 1901. Depuis cette date je n'ai reçu avis d'aucun changement dans leur état. Il y a donc lieu de penser que pour toutes, la survie s'est encore accrue de quatre mois jusqu'à ce jour. J'ai eu des nouvelles de certaines d'entre elles tout récemment.

Ablation large et curage de l'aisselle qui contient trois ganglions assez volumineux. Suture et drainage, mais suppuration de quelques jours ; sauf cet incident, suites normales.

Apparition, après quelques mois, de plusieurs nodosités sous-cicatricielles. Cette *récidive*, bien délimitée, nécessite une *deuxième opération* que pratique M. Clado *à la fin de mars 1891*. Examen histologique confirmatif du diagnostic.

Survie en excellente santé jusqu'à ce jour, ce qui fait *13 ans et 6 mois* (lettre de la fille de cette dame).

18. *Amputation du sein droit pour carcinome.* *Guérison.*

Madame B., 45 ans, opérée le 1er mars 1888 avec le professeur Damaschino.

Fâcheux antécédents de famille (mère atteinte de squirrhe à marche lente). Mamelle très volumineuse. Du côté malade *infiltration diffuse autour d'une tumeur nettement isolable*. Ablation large et curage de l'aisselle qui ne contient guère de ganglions dégénérés. Suture, drainage. Suppuration; il aurait mieux valu supprimer beaucoup plus de peau. Guérison lente entravée par des troubles psychiques (*mélancolie post-opératoire*).

Examen histologique fait par M. Damaschino : carcinome avec prédominance du stroma sur l'élément cellulaire.

Revue plusieurs fois en 1893, pour des engorgements de la partie supérieure du sein gauche, avec indurations vagues dans l'aisselle, *œdème fluxionnaire douloureux et ganglion sus-claviculaire*. Ces accidents n'ont pas eu de suite, et la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour (renseignements donnés par la belle-sœur de cette dame, que j'ai vue tout récemment).

Survie sans récidive : 13 ans et 5 mois.

19. *Amputation du sein gauche pour carcinome.* *Guérison.*

Madame L., 62 ans environ, opérée le 19 février 1889, avec le Dr H. Hartmann.

Tumeur moyenne et petits ganglions axillaires. Ablation large et curage de l'aisselle. Suture, drainage. Petite suppuration pendant huit jours, phlébite bénigne du pli du coude. Guérison prompte.

Première récidive, et *seconde opération*, par M. Hartmann en 1892. Revue par M. Hartmann en 1893. Alors chaîne de très petits ganglions dans le creux sus-claviculaire et tumeur ganglionnaire axillaire en voie d'évolution rapide. M. Hartmann enlève, sur le conseil de M. Berger, la tumeur axillaire et laisse les petits ganglions sus-claviculaires durs et fixes. Cette *troisième opération* eut lieu en mars 1896.

En 1897 les petits ganglions avaient peu augmenté, mais il y avait un peu d'œdème du bras correspondant.

Morte en 1898. *Survie totale de 9 ans environ.* Un intervalle de 3 ans avait séparé la première opération de la première récidive (renseignements fournis par M. Hartmann).

20. *Amputation du sein pour carcinome.* *Guérison.*

Madame A., 53 ans environ, opérée le 26 février 1889 avec le Dr Legros.

Tumeur moyenne. Ablation large et curage de l'aisselle. Suites normales.

La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour. Survie sans récidive de 12 ans et 5 mois (lettre du Dr Legros).

21. *Amputation du sein droit pour carcinome récidivé. Guérison.*

Madame R., 45 ans, opérée le 28 mars 1889. *A déjà subi deux opérations*, dont la première remonte à plus de 4 ans. Ganglions axillaires envahis. Ablation large; résection d'une partie du grand pectoral à cause d'adhérences profondes. Pas de suture. Pansements à la gaze iodoformée. Guérison en deux mois.

Mort subite en mars 1891. Pas de renseignements précis (lettre reçue de Sainte-Lucie).

Survie de 2 ans après la troisième opération; survie totale de 6 ans et demi.

22. *Amputation du sein gauche pour carcinome. Guérison.*

Madame D., 46 ans, opérée le 27 mai 1889 avec le Dr Legros. Tumeur médiocre, datant de quelques mois; quelques petits ganglions axillaires.

Ablation large avec l'aponévrose et une petite couche du grand pectoral. Curage profond de l'aisselle. Suture; drainage. Réunion rapide. Vue pour la dernière fois par le Dr Legros en juin 1900. Il ne doute pas qu'on ne l'eût prévenu si la santé de cette opérée, qu'il connaît bien, s'était altérée.

Survie certaine sans récidive jusqu'en juin 1900, et presque certaine jusqu'en juillet 1901, ce qui fait en tout *12 ans et 2 mois* (lettre du Dr Legros).

23. *Amputation du sein gauche pour carcinome. Guérison.*

Madame L., 45 ans au plus, opérée le 2 novembre 1889,

avec le Dr Lefèvre. Forme rétractée ; centre fortement adhérent aux téguments et exulcéré. Quelques petites nodosités intradermiques et cutanées tout alentour et à faible distance. Ganglions axillaires.

Ablation très large avec curage de l'aisselle. Pansements à plat. Suites normales.

Revue une fois quelques mois plus tard. Intégrité de la cicatrice et des tissus sous-jacents.

Métastases dans l'autre sein, dans la colonne vertébrale, dans la plèvre (épanchement pleural).

Morte le 16 avril 1890 (notes personnelles).

Survie de 5 mois et 14 jours.

24. ***Amputation du sein gauche pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame B., 66 ans, opérée le 23 juin 1890 avec le Dr Raoult. Tumeur adhérente aux téguments et au grand pectoral. Ganglions encore passablement mobiles. Ablation très large, y compris une partie du muscle. Curage de l'aisselle. Suture, drainage. Réunion immédiate.

Récidive locale opérée le 15 mai 1891. Rien dans l'aisselle. Ablation de trois nodosités de la cicatrice avec celle-ci. Pansements à plat. Suites normales.

Revue le 7 octobre 1892. Noyau carcinomateux violacé à la partie interne de la cicatrice, avec tumeur sous-jacente du volume d'une noix. Deux autres nodosités au-dessus de la cicatrice, plus en dehors, et au voisinage de l'aisselle. Induration diffuse dans les muscles pectoraux ; irradiations douloureuses vers le cou et dans l'aisselle. Rien dans les viscères ou le rachis.

Nouvelle opération contre-indiquée.

Morte vers le milieu de 1893 (notes personnelles).

Survie totale de 3 ans.

25. ***Ablation d'un épithélioma présternal, puis amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame Ch., 68 ans, opérée le 1er décembre 1890. La première opération, pour un épithélioma ulcéré dans l'étendue d'une pièce de deux francs, adhérent au périoste de la face antérieure du sternum, à gauche de la ligne médiane, avait eu lieu *le 26 février 1888*. C'était évidemment un néoplasme d'un lobule erratique de la glande. L'ablation large, le râclage du périoste avaient été suivis de guérison. C'est seulement deux ans et demi après environ que le néoplasme avait récidivé, *non dans la cicatrice*, mais dans la mamelle et les ganglions axillaires du même côté.

La deuxième opération, faite le 1er décembre 1890, consista dans l'ablation large, y compris la couche superficielle du grand pectoral, avec curage de l'aisselle. Suture, drainage. Réunion immédiate. *Vingt mois de guérison.*

Deuxième récidive locale suivie de *mort* le 15 février 1893 (lettre de la belle-fille de cette dame).

Survie par rapport à la première opération : 5 *ans* moins quelques jours.

26. ***Amputation du sein droit pour une énorme tumeur carcinomateuse.*** *Guérison.*

Madame Gh., 45 ans environ, opérée le 10 décembre 1890 avec le Dr Ruck. Mère morte d'un cancer du sein. Mamelle envahie tout entière et formant une sphère *grosse comme une tête d'adulte*. Quelques petites nodosités autour du mamelon. Ganglions axillaires. Etat général satisfaisant.

Ablation circonférentielle très large, curage de l'aisselle. Plaie de $0^m,30$ de diamètre empiétant sur l'abdomen et remontant jusqu'à la clavicule. Pansements à plat. La guérison absolue n'est obtenue qu'au bout de sept mois.

Récidive sous forme de petites nodosités cutanées voisines de la cicatrice. *Deuxième opération* limitée à cette dernière le 16 novembre 1891. Rien dans l'aisselle. Réunion immédiate.

Deuxième récidive sous la même forme et *troisième opération* le 29 juin 1892. Ablation de plusieurs nodosités. Réunion immédiate.

Revue le 6 *octobre* 1893. Tumeur *utérine* secondaire volumineuse (une grosse orange). Métrorragies, cachexie et mort vers le milieu de 1894 (notes personnelles).

Survie totale de 4 ans.

27. *Amputation du sein gauche pour cancer récidivé. Guérison.*

Madame M., 46 ans environ, opérée le 21 janvier 1891. A déjà subi une opération faite par un autre chirurgien *en avril* 1890. Tumeur assez largement adhérente aux téguments et au grand pectoral. Ganglions peu mobiles. Douleurs vagues, suspectes, dans le rachis et dans les cuisses; pas assez caractérisées pour m'empêcher absolument d'agir.

Pas de suture, pansements à plat.

Récidive très rapide. Accentuation des douleurs ci-dessus mentionnées. Cachexie et mort en février 1892 (notes personnelles).

Survie totale depuis la première opération : un an et 10 mois.

28. ***Amputation partielle du sein gauche pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame T., 47 ans environ, opérée le 8 mai 1891. Début très récent. Tumeur *grosse comme une cerise*, occupant la partie supéro-interne du sein au voisinage du sternum. Très peu d'adhérence à la peau. Mobilité très grande sur les parties profondes. Pas de ganglions. Le reste de la glande paraît absolument normal.

Sollicité par la malade et par les siens, je me laisse aller, bien à contre cœur, à ne pratiquer qu'une ablation partielle large, sans faire la moindre recherche du côté de l'aisselle. Suture, drainage, réunion immédiate. Suites normales. *L'examen histologique* fait par M. Clado ne permet pas de doutes. *Le carcinome est certain.* La pièce en a d'ailleurs tous les caractères objectifs (notes personnelles).

Guérison sans récidive jusqu'à ce jour. Survie, dans des conditions parfaites, de 10 ans et 3 mois environ.

29. ***Amputation totale du sein droit pour carcinome récidivé.*** *Guérison.*

Madame R., 37 ans, opérée le 18 mai 1891, avec les Drs Budin et Martinet. A subi une *première opération* partielle faite par un de mes collègues il y a six mois, pour une petite tumeur excentrique, peu éloignée de la clavicule. La tumeur de récidive est, elle aussi, peu éloignée de la clavicule, adhérente aux téguments, mais mobile sur le plan musculaire. Ganglions axillaires assez faciles à déplacer. Rien de suspect dans le creux sus-claviculaire.

Ablation extrêmement large et minutieuse. Résection limi-

tée du pectoral, curage de l'aisselle le plus haut possible. Suture partielle, le reste pansé à plat.

Vers le 14 juin, constatation d'un ganglion sus-claviculaire gros comme une cerise. Il est extirpé avec deux autres, le 16 juin avec anesthésie à la cocaïne. Bientôt œdème suspect, forme diffuse et foudroyante de récidive à la poitrine et au cou. Pleurésie, cachexie. Morte en février 1892 (notes personnelles).

Survie depuis la première opération : 15 mois.

30. *Amputation totale du sein gauche pour carcinome. Guérison.*

Madame Br., *26 ans*, opérée le 6 juin 1891. Petite tumeur à début constaté depuis quelques semaines, située à la partie supéro-interne du sein, *grosse comme une petite cerise*, non adhérente aux téguments, très mobile sur le plan profond. Petits ganglions axillaires. Malgré ces caractères *et l'âge de la malade*, je diagnostique un carcinome à son début; mais *je commence l'opération* par une incision exploratrice en plein néoplasme. Mon diagnostic étant confirmé, *je change de bistouri* et je fais l'ablation totale avec curage de l'aisselle. Suture, drainage, réunion immédiate.

Examen histologique démonstratif de l'exactitude du diagnostic.

Huit ans après, symptômes de mal de Pott ou de cancer rachidien de la portion lombo-dorsale (gibbosité, paraplégie douloureuse). Un de mes collègues les plus distingués des hôpitaux, qui ne connaissait pas les antécédents morbides et opératoires de cette jeune femme, diagnostique, dans une consultation, un mal de Pott. Vu le défaut de suppuration, et étant donné que le cancer rachidien donne quelquefois

lieu à un effondrement graduel de la colonne, je pense qu'il y a des réserves à faire (notes personnelles).

En tout cas cette opérée a vécu *huit ans sans récidive locale* et a peut-être succombé à une maladie intercurrente.

31. *Amputation totale du sein gauche pour carcinome diffus.* *Guérison.*

Madame Tr., 55 ans, opérée le 22 juin 1891 avec les Drs Duguet et Ch. Perier. Début apparent, deux mois; début réel certainement beaucoup plus ancien. Mamelle prise en masse, peau d'orange, œdème. Je refuse absolument l'opération; pour des raisons morales spéciales, on me force la main.

Ablation extrêmement large, y compris une grande partie du grand et du petit pectoral. Curage profond de l'aisselle. La réunion peut se faire quand même; drainage. Résultat immédiat parfait.

Récidive presque immédiate. Infiltration diffuse, œdème, phlébite du bras gauche, induration ligneuse de ce dernier et du thorax. Suffocation, asphyxie chronique. Morte dans un accès en décembre 1891 (notes personnelles).

Survie totale de 6 mois.

32. *Amputation partielle du sein gauche.* *Guérison.*

Mademoiselle de M., 30 ans, opérée le 28 mars 1892. Petite tumeur assez voisine du mamelon, donnant lieu à une sécrétion séro-visqueuse. Adénofibrome ou plutôt *épithélioma canaliculaire commençant.* Néanmoins l'amputation partielle, qui seule pouvait être acceptée, a donné un bon résultat. Pendant plusieurs années, j'ai eu de bonnes nouvelles de cette opérée.

Comme je ne suis pas sûr de l'examen histologique, je ne comprends pas cette observation dans la série dont je ferai plus loin l'analyse.

33. ***Amputation du sein droit pour cancer récidivé.*** *Guérison.*

Madame M., 63 ans, opérée le 28 avril 1892. *A déjà subi* en octobre 1890 *une opération* pratiquée par le Dr Louis Thomas.

Tumeur assez largement adhérente. Ganglions axillaires. Ablation étendue comprenant une partie du grand pectoral, curage de l'aisselle, suture, drainage. Réunion immédiate.

Deuxième récidive constatée le 3 janvier 1894. Tumeurs multiples locales, ulcérations, phlébite du bras. Cachexie. Congestion pulmonaire.

Morte le 7 mai 1895 (notes personnelles).

Survie depuis la première opération, 4 ans et demi.

34. ***Amputation du sein gauche pour énorme carcinome kystique.*** *Guérison.*

Madame St., 58 ans, opérée le 27 juin 1892 avec le Dr Letcheff.

Début il y a 4 à 5 ans. Accroissement brusque il y a quatre mois. Ganglions axillaires assez volumineux. Anesthésie chloroformique *malgré un bruit de souffle systolique intense.* Amputation très large par incision circonférentielle. Ablation d'une partie du pectoral. Extirpation de trois ganglions axillaires gros comme des olives, et curage complet. Pansements à plat. Suites simples, mais guérison un peu lente.

La tumeur est creusée de kystes (cysto-carcinome) dissé-

minés dans le tissu encéphaloïde. *Deux ans et demi* d'excellente santé ultérieure jusqu'au développement d'une asystolie à marche assez rapide.

Donc morte de maladie intercurrente (lettre du Dr Letcheff).

Survie de 3 ans environ sans récidive ni généralisation.

35. ***Amputation totale du sein gauche pour carcinome kystique.*** *Guérison.*

Madame Z., 50 ans environ, opérée le 14 janvier 1893, avec le Dr A. Morin. Tumeur médiocrement développée, déjà assez largement adhérente. Téguments rapidement ulcérés. Ablation large, curage de l'aisselle. Suture, drainage, réunion immédiate.

Récidive et *deuxième opération* (rien dans l'aisselle, induration partielle de la cicatrice) *le 3 février 1894.* Nouvelles petites indurations dans la cicatrice constatées *le 26 septembre 1894.* Douleurs suspectes dans le rachis (région dorsale). En avril 1895, accentuation des douleurs, *gibbosité* à grande courbure dorso-lombaire. Affaissement général du thorax en avant (notes personnelles).

Morte vers le mois d'août 1895. Survie totale de 2 ans et demi.

36. ***Amputation du sein gauche pour carcinome squirrheux.*** *Guérison.*

Madame M., 46 ans, opérée le 23 janvier 1893 avec le Dr Lefèvre. Début constaté il y a 5 à 6 mois. Mamelon et glande rétractés. Amputation large et curage axillaire. Pas de suture. Guérison en 5 mois.

Revue le 3 juillet 1893. Bonne cicatrice. Deux ans après,

anémie profonde sans récidive. Morte en 1897 sans maladie bien caractérisée (lettre du Dr Lefèvre).

Survie totale de 4 ans et demi environ.

37. *Amputation du sein droit pour carcinome.* *Guérison.*

Madame L., âgée de plus de 50 ans (je ne puis préciser), opérée le 11 février 1893, avec le Dr Chénieux.

Tumeur *située très haut*, à faible distance de la clavicule. Ablation très large et profonde. Curage de l'aisselle. *Première récidive* en 1895 et *deuxième opération* par le Dr Chénieux le 26 juin 1895.

Deuxième récidive en 1897. Noyaux multiples dans les régions mammaire et axillaire. Tumeurs intra-thoraciques, crises d'oppression.

Morte en septembre 1897 (lettre du Dr Chénieux).

Survie depuis la première intervention : 4 ans et 7 mois.

38. *Amputation du sein gauche pour carcinome.* *Guérison.*

Madame G., 60 ans, opérée le 3 juin 1893, avec le Dr E. Nottin.

Tumeur déjà assez volumineuse datant de plusieurs mois ; ganglions axillaires certains, mais peu développés. Ablation large, y compris la partie superficielle du grand pectoral, curage de l'aisselle. Suture, drainage, réunion immédiate.

Première récidive constatée le 18 juin 1894, un an après. *Deuxième opération* le 23 juin 1894. Ablation d'une induration limitée en pleine cicatrice ; rien de net dans l'aisselle.

Deuxième récidive dans le courant de 1896, deux ans après. Forme diffuse. Pas de généralisation, sauf réserves pour le foie.

Morte le 15 janvier 1897 (notes personnelles).

Survie totale de 3 ans et demi.

39. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame C., 48 ans environ, opérée le 15 octobre 1893, avec le Dr Legros.

Tumeur assez largement adhérente aux téguments, très ferme, à mamelons multiples; peau violacée au centre. Ablation très étendue, en partie musculaire; curage de l'aisselle. Pas de suture, pansements à plat. Suites normales.

Récidive constatée par moi en 1899, *six ans* plus tard, et devant remonter à 5 ou 6 mois. Lésions trop éparpillées pour être utilement supprimées.

Morte vers le mois de décembre 1900 (lettre du Dr Legros).

Survie de 7 ans et 2 mois.

40. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame Br., 45 ans environ, opérée le 30 avril 1894, avec le Dr Favreau. Début assez ancien. Adhérences à la peau assez étendues. Fermeté des tissus et rétraction. Téguments violacés, envahis un peu en nappe. Ablation large et profonde, curage de l'aisselle. Pas de réunion. Pansements à plat.

Récidive prompte survenue 8 à 9 mois après. Pas de nouvelle intervention (notes personnelles).

Morte en 1896. Survie totale de 2 ans environ.

41. ***Amputation du sein gauche pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame B., 48 ans, opérée le 26 décembre 1895.

Tumeur remontant à quelques mois, dont le début a été signalé par l'apparition d'un faux eczéma au niveau du mamelon et de l'aréole, puis de petites indurations d'un rouge foncé, disséminées dans la même zone. En même temps, un suintement visqueux, épais, se produisait par les canaux galactophores. C'est donc un type de maladie de Paget combinée avec un épithélioma primitivement canaliculaire.

Je vois cette malade *pour la première fois le 30 octobre 1895*. Je constate alors un suintement *pseudo-purulent*, très concret, presque caséeux, par le mamelon, et une induration mal caractérisée, presque diffuse, orientée en dehors vers l'aisselle jusqu'où elle se prolonge.

29 novembre 1895. — Sous l'influence d'un traitement approprié (cataplasmes de fécule la nuit, compression dans la journée), l'induration a un peu diminué, mais le suintement persiste.

13 décembre 1895. — Même état ; l'opération est décidée et je l'exécute *le 26 décembre*. Les lésions sont plus étendues qu'elles n'en avaient l'air ; elles sont diffuses dans presque toute la glande où elles constituent d'étroits prolongements au delà du foyer principal. Des adhérences réunissent la tumeur à l'aponévrose du grand pectoral.

Ablation très large, y compris presque tout le faisceau sterno-costal du grand pectoral; curage profond de l'aisselle où il n'y a d'ailleurs que de petits ganglions. Suture complète possible, guérison rapide. Il persiste pendant une année de la raideur dans la cicatrice et de la gêne dans l'abduction du bras. Tout cela s'arrange peu à peu.

Examen histologique confirmatif : épithélioma d'origine canaliculaire.

État parfait de l'opérée jusqu'à ce jour (notes personnelles).

Survie sans récidive locale de 5 ans et 7 mois.

42. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame M., 52 ans, opérée le 15 juin 1896, avec le Dr E. Ménière. Tumeur peu développée, remontant à peine à quelques mois, mais siégeant à faible distance de la clavicule, dans le segment supérieur de la glande. De petits ganglions axillaires peu développés. Mamelle volumineuse et grasse.

Ablation large, en partie musculaire. Curage de l'aisselle qui ne renferme que de petits ganglions. Réunion partielle. Suture et drainage du reste. Suites normales. Persistance assez prolongée de raideur dans l'aisselle et de douleurs irradiées dans le bras.

A eu récemment une petite phlébite dans le bras droit à la suite de travaux trop rudes, mais l'état local et l'état général sont parfaits (lettre du Dr Ménière).

Survie sans récidive de 5 ans et 1 mois.

43. ***Amputation du sein gauche pour carcinome squirrheux.*** *Guérison.*

Madame A., 63 ans, opérée le 1er août 1896 avec le Dr Cadet de Gassicourt. Tumeur d'un médiocre volume, très dure, fortement rétractée, à contours un peu vagues, dans une mamelle grasse, se déplaçant mal sur les plans profonds. Donc adhérences au grand pectoral. Ganglions dans l'aisselle ; rien au-dessus de la clavicule.

Le début remonte déjà à un assez grand nombre de mois. Temporisation fâcheuse due aux hésitations d'un médecin

pourtant très distingué ; mais on n'a consulté aucun chirurgien. L'intervention est déjà beaucoup trop tardive.

Ablation très large *comprenant la plus gande partie du grand pectoral* et une partie du petit. Curage de l'aisselle. Suture, drainage, réunion immédiate dans les délais normaux.

26 *septembre* 1896. Bon état local. Raideur et sensibilité encore assez grandes. Etat général seulement passable, mais aucun signe net de généralisation ni dans les viscères, ni dans le rachis.

6 *janvier* 1897. Ce qui reste du grand pectoral est rétracté et forme une sorte de bourrelet. Cicatrice profondément adhérente en dehors ; quelques noyaux interstitiels gros comme des lentilles ou de très petites cerises. Bientôt évidence de tumeurs métastatiques dans le foie et la colonne vertébrale, *douleurs atroces* dans le dos, les flancs, les membres inférieurs ; commencement d'effondrement rachidien.

Morte le 7 avril 1897 (notes personnelles).

Survie de 8 mois et 7 jours.

44. *Amputation du sein gauche pour carcinome. Guérison.*

Madame E., 49 ans, opérée le 12 décembre 1896. Mal réglée depuis trois ans ; apparition de la tumeur depuis un an environ. Celle-ci, de médiocre volume, siège en bas et en dedans, *au voisinage du bord du sternum et des cartilages costaux*. Elle fait corps avec les téguments, mais se prolonge dans la mamelle.

Ablation large, *portion du grand pectoral, périchondre et périoste costal compris*. Extraction de deux petits ganglions axillaires, et curage complet. La plaie est suturée, sauf la

partie interne. J'y place *trois points de suture à distance.* Drains axillaires. Suites normales.

Il persiste pendant plusieurs mois une assez grande raideur de la cicatrice et de la gêne des mouvements du bras.

Récidive limitée dans la cicatrice, un peu plus de deux ans après. *Deuxième opération* le 29 avril 1899. Ablation large, plaie de 0m,10 de longueur, elliptique. Réunion immédiate.

17 *janvier* 1900. Un peu de névralgie de la cicatrice, une côte un peu saillante au-dessus ; circonstances suspectes.

1er *octobre* 1900. En pleine récidive. Gonflement œdémateux dur des tissus de la cicatrice. Deux plaques fermes menacées d'ulcération, *sternum envahi.* Morte le 17 décembre 1900 (notes personnelles).

Survie totale de 4 ans.

45. ***Amputation totale du sein gauche pour noyau carcinomateux interne et supérieur.*** *Guérison.*

Madame J., 59 ans, opérée le 6 janvier 1897, avec le Dr Legros. Ménopause à 52 ans. Petite tumeur dure, périphérique, grosse comme l'extrémité d'un doigt, située à la partie interne et supérieure du sein, *sans la moindre adhérence à la peau*, rattachée à la glande mammaire. Pas de ganglions perceptibles. Début apparent il y a trois mois. Ablation large, y compris les fibres superficielles du grand pectoral, curage complet de l'aisselle ; pas de ganglions dégénérés. Eu égard à l'âge de la malade, j'avais diagnostiqué une tumeur maligne au début. Examen anatomique confirmatif du diagnostic. Suture, drainage axillaire ; réunion immédiate. Excellent état maintenu jusqu'à ce jour (lettre du Dr Legros).

Survie sans récidive de 4 ans et 6 mois.

46. *Amputation du sein droit pour carcinome.* *Guérison.*

Madame G., 56 ans, opérée le 20 novembre 1897 avec le Dr J. Besnier.

Tumeur *constatée* depuis le mois d'août, mais temporisation par suite des craintes de la malade. Donc du temps perdu. Malade profondément rhumatisante. Tumeur déjà assez volumineuse et haut placée, et assez largement adhérente. Ablation étendue des téguments et du grand pectoral, avec suppression presque totale du faisceau sterno-costal. Il reste juste assez de téguments pour réunir. Drainage axillaire et antérieur, parce que les téguments sont amincis par une dissection étroite. Trois ou quatre ganglions axillaires dégénérés.

Suites normales, sauf un peu de phlébite du bras pendant quelques jours.

30 *octobre* 1899. Œdème dur suspect des parties molles au-dessus de la cicatrice ; en même temps quelques douleurs vers l'articulation sacro-iliaque et la jambe. L'événement démontre que ce n'est qu'une poussée de rhumatisme.

Excellent état maintenu jusqu'à ce jour (lettre du Dr Besnier).

Survie sans récidive de 3 ans et 8 mois.

47. *Amputation large du sein gauche pour récidive de carcinome.* *Guérison.*

Madame D., 44 ans, opérée pour la première fois par un autre chirurgien le 21 novembre 1895. Opérée par moi, *le* 28 *février* 1898.

Tumeur siégeant assez haut sur le sein. Ablation très large avec résection de tout le faisceau sterno-costal du grand pecto-

ral. Curage de l'aisselle. Suture partielle. Drainage multiple.

Les téguments trop amincis par la dissection et un peu tendus prennent une teinte violette et même bronzée. Suppuration abondante ; contre-ouverture nécessaire le 14 mars. Guérie par seconde intention le 2 avril.

Le 10 *avril* 1899, plus d'un an après, le médecin de cette opérée constate deux ganglions sus-claviculaires. Toux continuelle, plaque dure sous-claviculaire adhérente aux téguments. Puis douleurs atroces dans la colonne vertébrale, la poitrine, le cou, la tête, le front, les jambes. Crachats sanguinolents ; accès d'oppression.

Morte le 30 décembre 1898 (notes personnelles). Survie totale de 4 ans et 5 mois, depuis la première intervention.

48. ***Amputation du sein gauche pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame R., 52 ans, opérée le 27 juin 1898 avec le Dr Le Pileur. Tumeur datant de plusieurs mois, probablement de beaucoup plus d'un an, adhérente aux téguments et au grand pectoral. Intervention conseillée depuis longtemps, mais la malade s'y est jusqu'ici obstinément dérobée. Ablation très large avec résection musculaire étendue et curage de l'aisselle. Pas de réunion ; pansements à plat.

Commencement de récidive constatée dès janvier 1899, sous forme de petits noyaux cicatriciels et cutanés multiples et disséminés (notes personnelles).

Morte vers le milieu de 1899. Survie d'un an.

49. ***Amputation totale du sein gauche pour carcinome.*** *Guérison.*

Mademoiselle Bl., 45 ans, opérée le 4 février 1899. Début

apparent il y a sept ou huit mois. Petites douleurs devenues assez vives. Ecoulement de sérosité louche par le mamelon qui s'est graduellement rétracté. Adhérence aux téguments de la partie supéro-interne du sein, sur la largeur de deux travers de doigt. Pas d'adhérence au plan musculaire. Etat général assez bon, mais grande tendance aux bronchites.

Anesthésie par le chloroforme. Dissection à bonne distance des lambeaux cutanés. Résection musculaire limitée. Dans l'aisselle quelques petits ganglions ; curage profond. Réunion partielle, drainage.

Examen histologique confirmatif.

Congestion pulmonaire assez intense pendant quelques jours. Localement, suites normales, mais cicatrisation un peu lente.

Guérison maintenue jusqu'à ce jour (notes personnelles).

Survie sans récidive de 2 ans 5 mois et demi.

50. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame D., 60 ans environ, opérée le 12 juin 1899, avec le Dr Labadie-Lagrave.

Tumeur assez volumineuse constatée par la malade il y a seulement quelques semaines. Quelques ganglions axillaires peu volumineux. Ablation large, résection musculaire partielle, curage de l'aisselle. Réunion complète, drainage. Suites très simples.

Examen histologique confirmatif. Guérison maintenue jusqu'à ce jour (lettre du Dr Labadie-Lagrave du 30 octobre 1901).

Survie sans récidive de 2 ans et 1 mois.

51. ***Amputation du sein droit pour carcinome.*** *Guérison.*

Madame C., 58 ans, opérée le 17 juin 1899. Début il y a

plus de deux ans par de la rétraction du mamelon sans aucune induration de la glande. Quelques mois après, tumeur non douteuse qu'un médecin engage instamment Madame C. à se faire enlever. Temporisation malencontreuse jusqu'en juin 1899.

Très large intervention, résection musculaire partielle, curage de l'aisselle. Suites normales, sauf un petit point de sphacèle très limité vers l'aisselle. Réunion par première intention.

Au commencement de 1900, apparition de quelques petits noyaux dans la cicatrice. En même temps douleurs intercostales à gauche. Le rachis et le foie se prennent rapidement. Cachexie aiguë (notes personnelles).

Morte le 25 septembre 1900. Survie de 15 mois.

52. ***Ablation partielle large du sein gauche pour un papillome végétant avec kyste.*** *Guérison.*

Madame L., 46 ans, opérée le 23 décembre 1899, avec le Dr Dusaussay.

Depuis douze ans, suintement d'un liquide séreux, visqueux, par le mamelon. Depuis deux mois seulement, issue d'un liquide plus épais et sanguinolent. Le 17 décembre 1899, le Dr Dusaussay a constaté une tumeur fluctuante, grosse comme une petite noix, au-dessus du mamelon. Cette tumeur a disparu le lendemain, et il s'est échappé du mamelon une petite masse d'un rouge vif qui le dépasse de quelques millimètres (fig. 2). Du sang pur s'est écoulé, au lieu du liquide simplement sanguinolent. Il persiste, à la place de la tumeur fluctuante, une plaque d'induration ayant les dimensions d'une pièce d'un franc. Aisselle absolument nette et facile à explorer, vu la maigreur de la malade.

Ablation partielle large, presque totale, du sein qui est très peu développé, sans curage de l'aisselle. Suture, drainage, réunion immédiate.

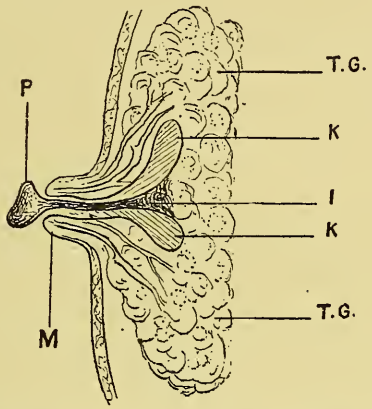

Fig. 2. — Papillome polypiforme né dans un kyste de la mamelle. P. Papillome pédiculé et hernié. — M. Mamelon. — TG. Tissu glandulaire. — K. Kyste. — I. Implantation du pédicule.

Examen histologique : papillome végétant avec légère infiltration épithéliale à la base. Tissus très sains à distance, sur la tranche de section (notes personnelles).

Guérison maintenue jusqu'à ce jour, depuis un an et 7 mois.

Cette observation ne sera pas comprise dans ma statistique.

53. *Amputation totale du sein droit pour un carcinome récidivé. Guérison.*

Madame L., 42 ans, opérée *une première fois* par un autre chirurgien en novembre 1898. Il y avait, paraît-il, adhérence à la peau. *Opération partielle*. Récidive.

Deuxième opération partielle en juillet 1899, par le même chirurgien. Deuxième récidive en deux foyers, mais sans adhérence à la peau et sans rétraction du mamelon.

Troisième opération, par moi, le *13 janvier 1900*. Ablation très large, résection musculaire partielle. Curage de l'aisselle. Suture, drainage. Réunion immédiate.

Examen histologique : carcinome à stroma fibreux très développé. *Les petits ganglions enlevés sont intacts.* Karyokinèses peu nombreuses.

Guérison maintenue jusqu'à ce jour (notes personnelles). Survie depuis la première opération, de 2 ans et 8 mois.

54. *Amputation du sein gauche pour maladie de Paget et épithélioma canaliculaire diffus. Guérison.*

Madame C., 56 ans, opérée le 7 mars 1900. A eu plusieurs enfants, n'est plus réglée depuis l'âge de 46 ans. Écoulement séro-sanguinolent par le mamelon *droit*, il y a sept ou huit ans. Rien autre chose d'anormal de ce côté. Début *à gauche* il y a plus de quatre ans. Un chirurgien conseille l'opération, un autre diagnostique un eczéma et la déconseille. Il y a un an, un troisième dit qu'il y a urgence. Vers le 18 janvier 1900, M. Brocq diagnostique une forme spéciale de maladie de Paget.

Je vois la malade pour la première fois *le 26 janvier 1900*. Petites élevures ulcérées sur l'aréole. Pas de tumeur proprement dite. Sensation de traînées profondes rayonnantes à partir du mamelon. Grains glanduleux épars. Presque les mêmes sensations à droite, mais beaucoup moins nettes. Teint un peu jaune, air fatigué qui me fait redouter une généralisation latente. Je conseille cependant l'opération après un second examen.

Le *7 mars 1900*, ablation large avec résection musculaire (faisceau sternal du grand pectoral). Deux ganglions axillaires. A la coupe le tissu mammaire se montre infiltré

d'une substance grisâtre, disposée en traînées, et n'ayant aucun rapport avec le tissu blanc, plutôt mat, de la mammite chronique. Cependant, sur un fragment prélevé peut-être à côté des lésions, on me dit n'avoir trouvé que du tissu fibreux. Ce diagnostic histologique n'ébranle pas ma conviction.

Apparition d'un *noyau de récidive* sous le milieu de la cicatrice, vers le mois de mars ou d'avril 1901. Cette petite tumeur, grosse comme une cerise, est presque franchement mobile. *Extirpation large* de tous les tissus jusqu'au thorax, avec anesthésie locale, le 11 mai 1901. Réunion immédiate.

Le noyau de récidive *présente tous les caractères histologiques d'un carcinome pur*. État général bon.

Guérison maintenue jusqu'à ce jour, 1 an 4 mois et demi depuis la première intervention (notes personnelles).

55. *Amputation du sein droit pour carcinome.* *Guérison.*

Madame B., 46 ans, opérée le 19 octobre 1900, avec le Dr Baudot.

Tumeur déjà ancienne datant de 15 mois au moins, probablement de plus encore. *Opération déjà conseillée* par un autre chirurgien *depuis plus d'un an*. Malade très pusillanime. Teint passablement jaune. État général assez bon quand même. Rien de diagnosticable dans les viscères ou le rachis. Ganglions axillaires assez volumineux.

Ablation très large des téguments, à grande distance de la zone adhérente, mamelonnée et violette. Résection du faisceau sternal du grand pectoral. Curage profond de l'aisselle. Pansements à plat. Cicatrisation en trois mois environ. Jusqu'ici *il n'a pas été question de récidive* (lettre du Dr Baudot), mais je n'augure pas très bien de l'avenir.

Guérison maintenue depuis 9 mois.

56. ***Amputation du sein gauche pour carcinome***. *Guérison.*

Madame S., 60 ans, opérée le 17 novembre 1900, avec le Dr Œttinger. Tumeur récente, constatée par la malade en août; mais pour diverses raisons, elle a reculé l'opération conseillée autant qu'elle l'a pu. Pas de douleurs, un peu de gêne. A mon premier examen (*23 septembre 1900*), tumeur grosse comme un œuf de pigeon, à la partie externe du sein, assez près de l'aisselle. *Poussées de mammite* suivies de résolution, mais la tumeur persiste. En novembre, elle s'était certainement accrue. Pas de ganglions perceptibles.

Ablation large, résection musculaire étendue. Trois ou quatre petits ganglions extirpés au cours du curage de l'aisselle. Réunion immédiate.

Examen histologique : cancer épithélial sous sa forme la plus nette.

Guérison parfaite jusqu'à ce jour, depuis 8 mois à fin juillet.

Revue en excellent état le 14 octobre 1901 (notes personnelles).

57. ***Amputation du sein gauche pour carcinome***. *Guérison.*

Madame D., 66 ans, opérée le 14 janvier 1901.

Malade délicate, anémique, rhumatisante, sujette aux bronchites. Rien de viscéral. Début récent, constatation il y a seulement quelques semaines. Tumeur grosse comme un œuf de pigeon, située à la partie externe de la glande mammaire, non loin de l'aisselle. Faible adhérence aux téguments.

Anesthésie par le chloroforme. Ablation très large. Suppression du faisceau sternal du grand pectoral. Dissection très minutieuse vers le bord antéro-externe du grand dorsal et dans le creux de l'aisselle. Suture, drainage. Réunion immédiate.

Guérison, sans récidive, maintenue jusqu'à ce jour (notes personnelles).

ANALYSE ET DISCUSSION DES FAITS PRÉCÉDENTS

Quoi qu'on ait pu dire des causes d'erreur que comporte la statistique, elle est le seul moyen que nous ayons à notre disposition pour tirer d'une série de faits identiques, analogues ou seulement connexes des déductions nettes, sous la forme de chiffres et de rapports. Si elle a résisté jusqu'ici victorieusement aux attaques dont elle a été assaillie de tout temps, c'est qu'elle est de ces choses dont on ne peut pas se passer. D'ailleurs, il arrive fréquemment que ceux mêmes qui en contestent la valeur y ont recours à leur propre profit. Ce qu'ils trouvent défectueux en elle cesse de l'être quand il s'agit de donner du relief à leurs propres observations.

La tendance de certains esprits à douter de l'exactitude de cette méthode de démonstration crée l'obligation, lorsqu'on entreprend de dresser une statisti-

que, d'éviter toute apparence d'optimisme ou de complaisance envers soi-même. On doit se méfier des groupements artificiels, des divisions arbitraires capables de fausser les faits en les présentant sous un jour particulier. Si la bonne foi peut encore trouver son compte dans ces façons de procéder, celles-ci ont le tort de rendre la critique trop aisée, et il n'est pas surprenant qu'elles suscitent l'incrédulité.

Je ne connais pas de circonstance où ces réflexions soient plus de mise que lorsqu'il s'agit d'établir une statistique d'amputations du sein pour cancer. Ici, en effet, le problème est particulièrement complexe. Il faut tenir compte des formes anatomiques et cliniques de la maladie et du retentissement des unes sur les autres; de la date réelle du début, ignorée d'ailleurs de beaucoup de malades; de celle de la constatation du mal par l'intéressée ou par un médecin, relativement à la date de l'intervention; de l'intervalle qui sépare la première intervention de la récidive ou des récidives, si le mal a réapparu; de la technique employée dans chaque opération, si plusieurs chirurgiens se sont succédé dans le traitement; de la durée des périodes de guérison momentanée, par rapport à celle des périodes pendant lesquelles les récidives ont suivi leur cours; de la durée des guérisons qui se prolongent; enfin des causes de la mort, qu'elles soient représentées par

des maladies intercurrentes ou qu'elles se rattachent directement par leur nature au cancer.

En un mot les aspects sous lesquels les faits doivent être examinés sont très nombreux. Il faut, en pareil cas, pour ne pas se perdre dans les détails et pour aboutir à des formules précises, une attention soutenue, un souci constant de la clarté.

Sans doute la précision des formules, qui est le but des recherches de ce genre, est en contraste avec ce qu'il y a de flottant et de relatif dans le fond des choses. On sent bien que les résultats des calculs d'où découleront les conclusions, sont sujets à des variations, suivant qu'il s'agit de deux séries de cas du même chirurgien, ou de séries provenant de plusieurs chirurgiens ; mais on sait aussi que la rigueur mathématique des calculs et de leurs produits n'implique pas la certitude absolue des faits auxquels on les applique et des déductions qu'on en tire.

La certitude clinique est quelque chose de moins tranché, de moins brutal qu'un chiffre ; il faut cependant accepter qu'elle soit exprimée par des chiffres, puisque ceux-ci représentent la forme matérialisée des raisonnements et des conclusions se dégageant des cas cliniques, de leurs ressemblances, de leurs divergences et de leur comparaison.

Sur les 57 cas que j'ai réunis, il n'y en a que 2 dont je n'ai pas pu connaître les résultats définitifs.

Je les ai laissés figurer quand même dans la série insérée plus haut (obs. 2 et 6). J'en ai écarté 2 comme ne présentant pas des caractères suffisamment évidents de tumeurs malignes. Pour les autres j'ai pu recueillir, ainsi qu'on l'a vu, des renseignements absolument précis, sauf pour un petit nombre où j'ai dû me contenter d'une approximation très voisine de l'exactitude complète. Il m'a donc été possible d'établir presque toujours la durée réelle des survies.

Les 2 cas écartés comme insuffisamment caractérisés sont, en premier lieu, une petite tumeur offrant les symptômes cliniques des tumeurs bénignes (mobilité, défaut absolu de toute adhérence à la peau, jeunesse relative de la malade qui n'avait guère plus de 30 ans), pour laquelle j'ai pratiqué une amputation partielle large avec conservation du mamelon. Un peu de suintement séro-muqueux par ce dernier rendait cependant ce cas suspect ; mais n'étant pas sûr que l'examen histologique ait été fait, je n'ai pas le droit de rattacher ce néoplasme aux tumeurs malignes. J'ai eu des nouvelles de cette opérée il y a trois ans environ, c'est-à-dire *six ans* après l'intervention. Convaincu que j'aurais été prévenu d'une récidive, je la suppose en parfaite santé (obs. 32).

Le second cas écarté de ma statistique est très intéressant, mais beaucoup plus récent. Il s'agit d'une dame de 46 ans qui *depuis 12 ans* avait un

suintement séro-albumineux par le mamelon gauche. Elle est mère de six enfants. En octobre 1899, ce suintement devint plus épais et sanguinolent; puis, le 17 décembre de la même année, le docteur Dusaussay constata au-dessus du mamelon une tumeur fluctuante grosse comme une petite noix qui disparut le lendemain, et alors la malade vit apparaître à l'extrémité du mamelon *une petite masse d'un rouge vif* herniée à l'orifice d'un canal galactophore dilaté. Un peu d'induration remplaçait le kyste séro-sanguinolent disparu. Comme l'aisselle, très facile à explorer, était absolument indemne de ganglions même petits, je jugeai suffisant d'enlever la glande mammaire sans faire le curage de l'aisselle. L'examen histologique montra que la petite tumeur, insérée par un long pédicule au fond d'un kyste canaliculaire, était un papillome dont la base était faiblement infiltrée d'éléments épithéliaux. A une petite distance de la paroi du kyste, les tissus étaient déjà tout à fait intacts. Un an et 7 mois se sont écoulés depuis l'opération ; l'état de la malade est parfait (obs. 52 et fig. 2).

On voit par ce qui précède que j'aurais pu à la rigueur faire rentrer ces deux faits dans le cadre de ce travail, comme je l'ai jugé légitime pour une tumeur du même genre que la seconde, que j'ai observée sur un homme de 51 ans et enlevée le 2 dé-

cembre 1886; mais chez ce malade l'épithélioma pédiculé qui occupait la cavité d'un grand kyste était beaucoup plus considérable. L'infiltration épithéliale de la base avait gagné la glande mammaire; les téguments étaient assez largement adhérents et ulcérés pour que j'aie été obligé de renoncer à la suture. Des ganglions déjà volumineux et fort suspects occupaient les deux aisselles et durent être extirpés. En un mot la tumeur, constatée par un médecin un an auparavant, était entrée dans une phase de malignité évidente. Si elle n'était pas un carcinome typique, elle représentait déjà une variété d'épithélioma pleine de menaces et même de périls actuels. Elle devait être rapprochée des cancers proprement dits à type carcinomateux (obs. 14 et fig. 1).

L'intervention très large et très complète a donné quand même un excellent résultat. Ce malade a vécu exactement 13 *ans* 10 *mois* et 11 *jours*. Il a succombé le 12 octobre 1890, *sans offrir de récidive*, à une pneumonie aggravée par un diabète dont le début remontait à 1888.

Après l'élimination des quatre cas dont il vient d'être question, il en reste 53 à envisager. Sur ce nombre, 36 des opérés (parmi eux figure un homme) sont morts (1) plus ou moins longtemps après l'in-

(1) La présence d'un homme dans cette première catégorie m'obligera à mettre au masculin les épithètes qui lui seront appliquées.

tervention, 17 opérées du sexe féminin sont vivantes, et la plus ancienne des opérations de cette deuxième série date du 1er décembre 1887, de 13 *ans* 7 *mois* et 15 *jours*. Dans 6 cas, j'ai pris la suite du traitement commencé par d'autres chirurgiens et j'ai eu affaire à des récidives dont je ne puis assumer la responsabilité.

RÉSULTATS. — STATISTIQUE

Je vais d'abord établir ce que ces deux groupes d'opérés, morts ou vivants, ont obtenu de survie moyenne par l'intervention, puis je passerai à l'analyse respective des deux groupes, ce qui sera infiniment plus logique et plus instructif. Afin de prendre en quelque sorte la suite d'une revue fort intéressante publiée récemment par mon ancien interne le docteur Cestan, agrégé de la Faculté de Toulouse, dans la Gazette des hôpitaux (1er et 8 juin 1901), j'adopterai comme pivot de cette analyse les trois années de survie considérées généralement comme un résultat passable. En réalité, c'est un très médiocre résultat dont il n'est pas permis de se contenter. D'ailleurs nous faisons déjà sensiblement mieux, et j'ai la conviction que nous ferons encore mieux à l'avenir.

J'ai dit trois années de survie et non de guérison sans récidive ou avec récidive guérie : cette autre base

d'appréciation sera adoptée lorsque le moment sera venu d'établir la valeur de la technique perfectionnée actuelle.

Or, sur l'ensemble de mes 53 cas, qu'il s'agisse de morts ou de vivants, la survie moyenne est représentée par 52 mois et demi, soit 4 ans 4 mois et 15 jours; et sur ces 53 cas, il y en a 26 de *survie au delà de 3 ans*, représentés par le rapport 49,05 0/0, presque 50 0/0.

Mais ce résultat brut n'a vraiment pas de valeur réelle, attendu qu'il englobe 17 opérées dont le sort n'est pas fixé, puisqu'elles sont encore vivantes et à peu près toutes exemptes de récidive, et les 36 opérés dont la destinée est close. Ce qu'il importe surtout de déterminer, c'est la survie dont ont joui les opérés qui sont morts, et celle déjà acquise aux opérées encore vivantes, lesquelles, étant presque toutes en excellente santé, ont droit aux longs espoirs.

PREMIÈRE CATÉGORIE

Opérés morts. — Pour les 36 cas formant ce groupe, le total brut des mois de survie est de 153, soit 4593 jours qui, divisés par 36, donnent une moyenne de 42 mois et demi, ou 3 ans 6 mois et 15 jours. Par cette façon de présenter les choses, les différences énormes des résultats sont effacées, et ce chiffre ne dit

rien à l'esprit. Ce qui l'éclaire mieux, c'est l'analyse des conditions de la survie qui ont permis à un certain nombre d'opérés de bénéficier assez largement de l'intervention.

Or, sur ces 36 malades, 16 ont vécu plus de 3 ans après l'opération (proportion : 44, 44 0/0), et, parmi ces 16 malades, 12 (33,33 0/0) ont dépassé 4 ans, ce qui caractérise un résultat déjà assez satisfaisant.

Le groupement suivant met en évidence les écarts considérables qui séparent les mauvais cas des assez bons et des bons :

A. — MAUVAIS RÉSULTATS

Survie de 5 mois à 1 an	8
— d'1 an à 2 ans	7
— de 2 à 3 ans	5
Total.	20

B. — RÉSULTATS PASSABLES ET ASSEZ BONS

Survie de 3 à 4 ans	4
Obs. 38 (3 ans 6 mois) ; obs. 9 (4 ans environ) ; obs. 26 (4 ans) ; obs. 44 (4 ans).	
— de 4 à 5 ans	6
Obs. 38 (un peu plus de 4 ans) ; obs. 47 (4 ans 5 mois) ; obs. 36 (4 ans 6 mois) ; obs. 36	
A reporter. . . .	10

Report. . . . 10

(4 ans 6 mois); obs. 37 (4 ans 7 mois); obs. 25 (4 ans 11 mois 19 jours, soit 5 ans à 11 jours près).

— de 6 à 7 ans 1

Obs. 21 (6 ans 6 mois).

— de 7 à 8 ans 1

Obs. 39 (7 ans et 2 mois environ).

C. — BONS RÉSULTATS.

Survie de 8 ans (obs. 30) 1

— de 9 ans (obs. 19) 1

— de 10 ans (obs. 3). 1

— de 13 ans 10 mois et 11 jours (obs. 14). 1

Total 16

Ces divisions sont forcément un peu arbitraires. Elles répondent à mes impressions eu égard à telle ou telle durée de survie. Dans l'état actuel des choses, j'estime que 8 années d'existence assurées à une opérée représentent déjà un bon résultat. En deçà, et jusqu'à 3 ans, on n'a le droit d'être que passablement ou assez satisfait.

Il me reste à indiquer, pour cette première série de cas, les *causes de la mort*, le *nombre d'opérations subies* et, autant que possible, *la date des récidives* par rapport aux interventions qui les ont précédées.

1° *Causes de la mort et nombre des opérations subies.*

Sur les 36 cas que j'analyse, je relève 5 morts par des maladies intercurrentes n'ayant aucune parenté ou n'ayant qu'une parenté douteuse avec le cancer, à savoir :

Obs. 1, pleurésie aiguë (?). Survie à partir de l'intervention	1 an
Obs. 5, pneumonie aiguë. Survie . . .	1 an
Obs. 34, asystolie. Survie	3 ans
Obs. 30, mal de Pott (?). Survie	8 ans
Obs. 14, diabète et pneumonie. Survie . .	13 ans
	10 mois 11 jours.

Malgré deux chiffres faibles, deux survies d'un an seulement, la moyenne des 5 cas précédents est de 64 mois et 15 jours, chiffre supérieur à celui de 3 ans 6 mois et 15 jours auquel je suis arrivé pour les 36 cas envisagés sans distinction des causes de mort. Ces 5 cas de mort par maladies intercurrentes relèvent donc sensiblement la moyenne générale. Si je cherche la moyenne de survie des 31 cas où le cancer a été certainement la cause de la mort, je trouve : 39 mois, soit exactement 3 ans et 3 mois. Différence : 2 ans 1 mois et 14 jours.

Si ces 5 malades n'avaient pas été enlevés par des

maladies intercurrentes, ils auraient peut-être vécu de nombreuses années encore sans être atteints par la récidive. Je serais encore plus affirmatif s'il n'y avait des réserves à faire à propos de l'interprétation de deux de ces cas. Sans doute la malade de l'observation 1 a pu réellement succomber à une pleurésie aiguë sans rapport avec un cancer pleural, ainsi que me l'a dit son médecin ; mais j'avoue que le mal de Pott de l'observation 30 me semble bien suspect. Le médecin distingué qui a porté ce diagnostic ignorait que la malade eût subi l'amputation du sein pour un carcinome. Si cet antécédent personnel lui eût été révélé, peut-être eût-il modifié son diagnostic dans le sens de mes doutes actuels (voir le corps de l'observation plus haut, p. 29).

La survie de 8 ans, que je puis affirmer pour cette malade, est d'autant plus intéressante qu'elle n'était âgée que de 26 ans ; or on sait combien le cancer évolue rapidement, en général, sur les jeunes organismes. C'est là, je puis le dire par anticipation, un heureux résultat d'une intervention très précoce, et de ce fait, on peut tirer un argument tangible en faveur de l'extirpation des néoplasmes dès le moment où l'on en soupçonne l'existence.

Sur les 31 autres malades, le cancer a poursuivi son œuvre jusqu'à la fin, mais par des moyens différents. Les unes ont eu des récidives locales, les au-

tres en même temps des récidives locales et des métastases, d'autres enfin des métastases précoces ou tardives sans récidive locale.

Les récidives locales se sont produites la plupart du temps dans la cicatrice, quelquefois dans les ganglions, isolément ou simultanément par rapport à la récidive cicatricielle, parfois par extension dans la plèvre, les côtes, le sternum. L'extension au cou et au médiastin a été constatée sur plusieurs sujets.

Quoique la séparation des cas de récidive, avec ou sans extension du cancer par continuité, d'avec les métastases proprement dites, soit assez souvent malaisée, j'ai pu établir trois groupements qui doivent être assez exacts :

J'ai relevé 13 récidives locales (36,11 0/0 sur mes 31 cas) ; 12 métastases ou généralisations coïncidant avec la récidive locale (33,33 0/0) ; 6 métastases ou généralisations sans récidive locale (16,66 0/0).

Les résumés suivants mettent ces dernières catégories en évidence et renvoient aux observations. Ils indiquent en même temps le nombre des opérations subies.

A. — RÉCIDIVES LOCALES, 13 CAS.

1° *Après une seule opération*, 6 cas :

Obs. 48 (1 an de survie) ; obs. 4 (1 an 21 jours) ;

obs. 40 (2 ans) ; obs. 17 (4 ans passés); obs. 39 (7 ans 2 mois); obs. 3 (10 ans).

2° *Après deux opérations*, 6 cas :

Obs. 15 (2 ans 8 mois); obs. 24 (3 ans); obs. 38 (3 ans 6 mois); obs. 33 (4 ans 6 mois); obs. 37 (4 ans 7 mois); obs. 25 (5 ans).

3° *Après trois opérations*, 1 cas :

Obs. 19 (9 ans).

B. — RÉCIDIVES LOCALES ET GÉNÉRALISATIONS, 12 cas.

1° *Après une seule opération*, 5 cas :

Obs. 12, plèvre (5 mois 10 jours); obs. 31, tronc, médiastin (6 mois); obs. 43, foie, rachis (8 mois 7 jours); obs. 11, foie (1 an 2 mois); obs. 51, foie, rachis (15 mois).

2° *Après deux opérations*, 5 cas :

Obs. 29, plèvre (1 an 3 mois); obs. 27, rachis (22 mois); obs. 35, rachis (2 ans 6 mois); obs. 44, côte, sternum (4 ans); obs. 47, creux sus-claviculaire, médiastin, rachis (4 ans 5 mois).

3° *Après trois opérations*, 2 cas :

Obs. 26, utérus (4 ans); obs. 21, boîte crânienne ou cerveau (6 ans).

C. — MÉTASTASES OU GÉNÉRALISATIONS SANS RÉCIDIVE LOCALE, 6 cas.

1° *Après une seule opération*, 5 cas :

Obs. 23, l'autre sein, plèvre, rachis (5 mois 14 jours); obs. 8, tumeur du bassin (1 an 1 mois); obs. 10, points multiples du squelette (1 an 8 mois); obs. 36, cachexie de cause indéterminée (4 ans 6 mois); obs. 9, néoplasme du sternum et pleurésie (4 ans 11 mois).

2° *Après deux opérations*, 1 cas :

Obs. 13, cachexie de cause indéterminée (3 ans 11 jours).

Il n'y a pas à raisonner beaucoup sur les résultats consignés dans ces divers groupes. Ils correspondent, en effet, à des cas très différents les uns des autres. Cependant il est digne de remarque que bon nombre d'opérées ont succombé à des métastases coïncidant avec des récidives locales, dans un bref délai (groupe B). Le premier paragraphe de ce groupe offre les résultats les plus mauvais. N'est-ce pas la preuve que, déjà au moment de l'intervention, ces malades étaient plus profondément infectées qu'il n'était possible de le soupçonner et déjà atteintes de lésions de généralisation à peu près indiagnosticables?

Une fois apparues avec évidence, ces lésions ont été reconnues siéger, sur 18 cas de métastases et de généralisations, 10 fois dans le squelette (rachis, côtes, sternum, os divers), 4 fois dans la plèvre, 3 fois dans le foie, 2 fois dans le médiastin, 1 fois dans l'autre sein, 1 fois dans l'utérus, peut-être 1 fois

dans le cerveau ; enfin deux fois les malades ont succombé à une cachexie sans lésions apparentes qui a dû être d'origine cancéreuse.

2° *Dates des récidives à partir des opérations.*

Rien de plus difficile à préciser que l'époque à laquelle le cancer réapparaît après avoir été supprimé aussi complètement que possible par une opération. Sans compter que cette réapparition peut échapper à un certain nombre de malades, il n'est pas douteux que beaucoup hésitent, après s'en être aperçues, à se l'avouer et à en faire part à leur médecin. Chez ces malheureuses devant lesquelles s'ouvre la perspective d'une nouvelle intervention à subir et d'un danger réel et renouvelé pour leur existence, cette hésitation, regrettable toujours, peut se comprendre dans une certaine mesure. Ne sont-elles pas placées sous la menace de cet aphorisme pessimiste qui court de bouche en bouche, et auquel les progrès lents de la thérapeutique chirurgicale des tumeurs malignes du sein n'ont pas encore porté un coup décisif : *Les cancers, ça revient toujours ?*

Aussi, la plupart du temps, quand les malades se soumettent de nouveau à notre examen, il nous est impossible de déterminer la durée véritable de la période de guérison temporaire dont elles viennent de jouir, et nous sommes réduits à mesurer simplement

les intervalles des opérations subies. Or, à ce point de vue, il y a des différences notables entre les cas. Telle opérée peut être obligée de subir deux opérations assez rapprochées, puis jouir d'une période de guérison temporaire assez longue avant la récidive ou la généralisation terminale; mais habituellement, (c'est ce que j'ai observé pour mon compte), la meilleure période est celle qui sépare les deux premières opérations, et quand il faut en pratiquer une troisième, celle-ci est plus rapprochée de la seconde que cette seconde ne l'était de la première. Quelques exemples confirmeront ce que je viens de dire. Ils mettront aussi en évidence un rapport assez constant entre la longueur de l'intervalle des deux premières opérations et la durée totale de la survie.

Pour les cas dont la survie s'est étendue de 6 mois à 3 ans et où deux opérations ont été indiquées (la troisième ayant été contre-indiquée), je trouve des intervalles de 6 mois (obs. 29), de 9 mois (obs. 27), de 1 an (obs. 13 et 38), de 15 mois (obs. 15), de 18 mois (obs. 35), de 16 mois (obs. 24). Par contre, en regard de survies de 4 ans, 4 ans et 5 mois, 4 ans et 6 mois, 4 ans et 7 mois, 5 ans, je relève des intervalles de 2 ans et 4 mois (obs. 44), de 2 ans et 3 mois (obs. 47), de 18 mois (obs. 33), exception à noter, puisque la survie totale a été de 4 ans et 6 mois) ; de 2 ans 4 mois (obs. 37) ; de 2 ans et 10 mois (obs. 25).

Pour les cas où il y a eu 3 opérations, les intervalles ont été de 11 mois et de 7 mois (obs. 26 avec 4 ans de survie totale); de 2 ans et une seconde fois de 2 ans (obs. 21, avec 6 ans et 6 mois de survie totale); de 3 ans et une seconde fois de 3 ans (obs. 19, avec 9 ans de survie).

On peut donc déduire de cette série de faits que, plus la première récidive locale se fait attendre et mieux on peut augurer de l'avenir. Il est même permis d'espérer beaucoup, lorsque l'intervalle a été long et que la récidive elle-même est bien limitée. Une des opérées de ma seconde série, réopérée trois ans environ après la première intervention, jouit encore d'une excellente santé; or, cette première intervention date du 10 janvier 1888.

DEUXIÈME CATÉGORIE

Opérées survivantes. — J'arrive à la partie consolante de ce travail poursuivi jusqu'ici au milieu des tristesses de trop nombreux mécomptes. En face du nécrologe qui précède je puis enfin dresser une liste de 17 opérées encore vivantes, dont 10 ont dépassé 3 ans de survie, dont plusieurs sont débarrassées de leur mal depuis plus de 10 ans. Pour l'exposé de l'histoire de ces 17 cas, ma tâche sera infiniment plus simple. Elle consistera, pour la plupart, à enregistrer une

date, celle de l'intervention, et à compter le nombre d'années ou de mois qui la séparent de l'heure actuelle. Je ne reviendrai pas sur les raisons qui m'ont fait éliminer de ma série d'opérées vivantes comptant 19 cas en réalité, 2 cas qu'il est impossible de considérer comme absolument bénins, mais qui n'offrent pas les caractères des tumeurs certainement malignes (page 50).

Le total des survies de mes 17 opérées encore vivantes est exactement de 1256 mois et 15 jours. Ce chiffre divisé par 17 donne 73 mois et 27 jours, soit *6 ans 1 mois* et *27 jours*.

Voilà qui est déjà assez bien comme moyenne. Si maintenant je partage mes 17 cas en deux groupes contenant les survies de plus de 3 ans et celles de moins de 3 ans, il ressort de cette division, pour le premier groupe, un résultat vraiment satisfaisant. J'ai, en effet, 10 cas de survie de plus de 3 ans, représentant ensemble 94 ans 1 mois 27 jours, soit 3,389 jours. Ce chiffre divisé par 10 donne 112 mois et 29 jours, ce qui fait 9 ans 4 mois et 29 jours, en chiffres ronds *9 ans et 5 mois*.

Je ne vois pas qu'il puisse y avoir un intérêt quelconque à déterminer la moyenne de survie des 7 cas au-dessous de 3 ans, attendu que 3 de mes opérations ne datent que de quelques mois et que, de ce fait, la moyenne serait considérablement abaissée,

sans qu'on puisse rien déduire de cet abaissement. J'ajouterai seulement que la proportion des cas de plus de 3 ans de survie par rapport au chiffre total de 17 est de 58,82 0/0.

Le tableau suivant parlera aux yeux mieux que l'exposé et la discussion qui précèdent. Je rappelle ici que la fin de mon enquête générale remonte au 15 juillet de cette année et que, au moment de la publication de ce travail, plus de quatre mois se sont ajoutés aux survies de mes opérées encore vivantes.

OPÉRÉES SURVIVANTES. — 17 CAS

1° *Survies jusqu'à 3 ans ou en deçà :* 7 cas

Jusqu'à un an . . . . . 3 cas

Obs. 57 (6 mois) ; obs. 56 (8 mois) ; obs. 55 (9 mois).

D'un an à 2 ans . . . . . 1 —

Obs. 54 (1 an 4 mois 15 jours).

De 2 ans à 3 ans . . . . . 3 —

Obs. 50 (2 ans 1 mois) ; obs. 49 (2 ans 5 mois 15 jours) ; obs. 53 (2 ans 8 mois).

2° *Survies au delà de 3 ans :* 10 cas

De 3 à 4 ans. . . . . 1 cas

Obs. 46 (3 ans 8 mois).

De 4 à 5 ans . . . . . 1 —

Obs. 45 (4 ans 6 mois).

De 5 à 6 ans . . . . . 2 —

Obs. 42 (5 ans 1 mois environ) ; obs. 41 (5 ans 7 mois).

De 10 à 11 ans . . . . . 1 cas

Obs. 28 (10 ans et 3 mois).

De 12 à 13 ans . . . . . 2 —

Obs. 22 (12 ans 2 mois) ; obs. 20 (12 ans 5 mois).

De 13 à 14 ans . . . . . 3 —

Obs. 18 (13 ans 5 mois) ; obs. 17 (13 ans 6 mois) ; obs. 18 (13 ans 7 mois 15 jours).

LES RÉCIDIVES ET LE NOMBRE DES OPÉRATIONS SUBIES

Sur ces 17 opérées, 3 seulement ont eu des récidives et ont subi plus d'une opération. L'une d'elles (obs. 17) opérée par moi pour la première fois en janvier 1888, le fut de nouveau par M. Clado trois ans après, en mars 1891. Il s'agissait de plusieurs petites nodosités sous-cicatricielles apparues depuis quelques mois et n'ayant pas beaucoup de tendance à se développer. Cette dame jouit donc d'une survie de 13 ans par rapport à la première opération, de 10 ans passés par rapport à la seconde.

La deuxième malade (obs. 54) a subi une première intervention le 7 mars 1900 ; par une seconde datant du 11 mai 1901, je lui ai extirpé une nodosité unique sous-cicatricielle. Sa santé est parfaite (15 novembre 1901).

La troisième, opérée incomplètement en novembre 1898 et en juillet 1899, par un médecin, l'a été une troisième fois par moi, très largement, le 13 janvier 1900, il y a dix-huit mois. Depuis lors rien de nouveau.

Le moins bon cas de cette série est celui d'une malade qui se dérobait depuis plus d'un an à l'opération qu'on lui avait conseillée. Son teint un peu jauni indiquait une infection déjà assez prononcée. Localement une adhérence étendue, avec ulcération commençante, nécessita l'ablation des téguments presque jusqu'aux limites du sein. Heureusement les ganglions trouvés dans l'aisselle n'étaient pas adhérents. Je ne serais pas très surpris d'apprendre un de ces jours qu'une récidive s'est manifestée, mais jusqu'à ce jour sa guérison s'est maintenue.

Sauf les réserves imposées par les conditions de ces quatre dernières malades, je crois que, pour les treize autres, on peut envisager l'avenir avec confiance.

RÉSUMÉ. — COMPARAISON AVEC D'AUTRES STATISTIQUES

J'ai opéré en ville, ainsi que je l'ai dit plus haut, 57 malades, chiffre qui ne représente qu'une fraction du nombre total de cas sur lesquels j'ai eu à donner mon avis. La mortalité a été nulle. D'ailleurs,

parmi toutes mes opérées de l'hôpital, qui sont nombreuses, depuis près de trente ans, je n'en ai vu mourir que deux : l'une, en 1877, a succombé en huit jours à une septicémie aiguë, l'autre, âgée de 74 ans, vers 1885, au shock traumatique en quelques heures.

Après élimination de 4 opérées, pour des raisons diverses, il est resté 53 cas qui se partagent en : opérées mortes : 36, soit 67,92 0/0 ; opérées survivantes : 17, soit 32,07 0/0.

Pour l'ensemble de ces 53 cas, la moyenne de la survie, à partir de la première opération, a été de 4 ans 4 mois 15 jours. Pour 26 (49,05 0/0), la survie a dépassé 3 ans. Pour 19, elle a dépassé 3 ans sans récidive ni généralisation.

Pour les 36 opérées mortes, la moyenne de la survie a été de 3 ans 6 mois 15 jours. Pour 16 (44,44 0/0), la survie a dépassé 3 ans. Pour 5, elle a dépassé 3 ans sans récidive ni généralisation.

Les causes de la mort ont été :

Maladies intercurrentes sauf réserve pour un cas: 5. Pour ces 5 opérées, la moyenne de la survie a été de 5 ans 4 mois 14 jours.

Récidives locales après une ou plusieurs opérations : 13 (36,11 0/0).

Récidives locales et généralisations simultanées : 12 (33,33 0/0).

Métastases ou généralisations sans récidive locale : 6 (16,66 0/0).

La durée des intervalles entre les interventions et les récidives s'est montrée ordinairement d'autant plus grande que le mal devait être moins redoutable.

Pour les 17 opérées survivantes, la moyenne de survie est de 6 ans 1 mois 27 jours, soit 6 ans 2 mois.

Pour 10 d'entre elles (58,82 0/0), la survie a déjà dépassé 3 ans; elle atteint en moyenne 9 ans 5 mois.

Sur ces 17 opérées, 3 ont eu des récidives et subi plus d'une opération. L'une d'elles, réopérée 3 ans après la première opération, a joui, depuis celle-ci, d'une survie de plus de 13 ans, et depuis la seconde, d'une survie de plus de 10 ans.

Les conditions dans lesquelles toutes, sauf deux, ont été opérées, permettent d'espérer pour elles une longue prolongation du bon état actuel.

Pour l'ensemble des 53 cas, *sans distinction des époques où les opérations ont été pratiquées*, le nombre des récidives locales a été de 28, soit 52,83 0/0 ; sur ces 28 opérées, 3 sont vivantes et restées guéries depuis la dernière opération, qui date, pour l'une, de 2 mois et demi, pour la seconde, de 18 mois et demi, et pour la troisième, de plus de 10 ans.

Voyons maintenant ce que donnent les autres statistiques, et spécialement celles qui ont été publiées

récemment. Je me reporterai pour cette comparaison aux chiffres et aux conclusions commentés par M. Cestan, et, comme mes cas ne sont pas très nombreux, je les ferai entrer tous en ligne de compte, sans établir de catégories suivant les dates des interventions.

La reproduction, à la page suivante, des deux tableaux de M. Cestan permettra de mieux saisir la portée de mes réflexions.

Antérieurement à l'emploi des procédés récents d'extirpation des cancers du sein, la moyenne admise pour les récidives locales était de 66,8 0/0 (statistiques de Gross). La moyenne pour mes 53 cas échelonnés, je dois le rappeler ici, sur une période de 22 ans, est de 52,83 0/0. Ce chiffre est notablement supérieur aux 38,2 0/0 de Banks, aux 23 0/0 de Butlin, aux 20 0/0 de Rotter et surtout aux 10,4 0/0 de Halsted. Seulement ils sont tous établis sur des groupes privilégiés d'opérées *ayant atteint ou dépassé 3 ans de survie sans récidive.* Les 26,2 0/0 de Halsted calculés *sur tous ses cas* ont une signification plus exacte. Le perfectionnement de l'acte opératoire semble donc avoir déjà produit des fruits ; mais il y a un fait digne d'attention qui ressort des tableaux de M. Cestan, c'est que, en même temps que le nombre des récidives locales diminue, celui des morts sans récidive locale, par métastase ou généralisation, augmente.

1. AMPUTATIONS AVEC CURAGE AXILLAIRE, SANS ABLATION SYSTÉMATIQUE DES PECTORAUX

AUTEURS	TOTAL des cas suivis.	RÉCIDIVES LOCALES		SANS RÉCIDIVES LOCALES					
				MORTS		VIVANTS		TOTAL	
		Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre	P. 100.
Banks	175	67	38,2	35	19,9	73	41,6	108	61,5
Bull	76	56	72,8	»	»	20	27,2	20	27,2
Butlin (1883-1894)	107	51	47,6	27	25,2	29	27	56	52,2
Dahlgren	60	21	34,8	12	19,9	26	41,1	38	61
Dennis	38	21	55	»	»	17	45	17	45
Homer Gage	46	27	57,5	10	21,7	9	19,5	19	41,2
B. May	20	13	65	»	»	7	35	7	35
Poulsen	120	79	65,8	»	»	41	34,2	41	34,2
TOTAL	642	335	52,5	84	13,1	222	34,4	306	47,5

2. AMPUTATIONS, AVEC CURAGE AXILLAIRE ET ABLATION SYSTÉMATIQUE DES PECTORAUX

AUTEURS	TOTAL des cas suivis.	RÉCIDIVES LOCALES		SANS RÉCIDIVES LOCALES					
				MORTS		VIVANTS		TOTAL	
		Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.
Butlin (1894-1898)	13	3	23	»	»	9	69	9	69
W. Cheyne (1896-1899)	37	17	46	»	»	19	51,3	19	51,3
Dowd	6	2	33,3	2	33,3	2	33,3	4	66,6
Halsted	76	8	10,4	37	48,3	31	40,5	68	88,8
Jœrss	35	14	39,9	11	31,3	10	28,5	21	59,8
Rotter	10	2	20	2	20	6	60	8	80
TOTAL	177	46	25,9	52	29,3	77	43,4	129	72,8

Par exemple dans le premier tableau (opérations sans ablation des pectoraux), les récidives locales sont représentées par 52,5 0/0, les morts sans récidive locale par 13,1 0/0. Or dans le deuxième tableau (opérations avec ablation plus ou moins complète des pectoraux), les récidives locales ressortent à 25,9 0/0 et les morts sans récidive locale à 29,3 0/0. Dans la statistique de Halsted figurent, d'après M. Cestan, 48,3 0/0 de morts sans récidive locale.

De pareils chiffres, cette transposition évidente dans les proportions observées antérieurement, donnent à réfléchir. Il semble que la maladie, en dépit de l'extirpation totale de sa première manifestation, poursuive son œuvre d'une façon insidieuse, soit parce que l'organisme est déjà infecté au moment de l'intervention, soit parce que le cancer ne serait pas aussi fréquemment qu'on a de la tendance à l'affirmer actuellement, un mal primitivement local, susceptible cependant d'une prompte généralisation.

Quoi qu'il en soit, ce fait est bien capable de susciter ou de raviver des questions importantes se rattachant à la pathogénie et à l'évolution des tumeurs malignes ; à la pathogénie, en fournissant un appui aux théories de la prédisposition et de l'hérédité, à l'évolution, en forçant à envisager, sans parti pris, l'opinion encore ancrée dans certains esprits, que l'intervention exerce une fâcheuse répercussion sur

le reste de l'organisme, qu'elle active la mise en jeu de la prédisposition diathésique et le développement des foyers indiagnosticables, existant déjà dans certains viscères.

Il faut reconnaître que la rapidité d'évolution des lésions de généralisation est frappante, on peut dire flagrante, chez certaines malades ; l'on se prend à regretter alors d'avoir cédé à de vives sollicitations ou de n'avoir pas suffisamment obéi à des contre-indications sinon formelles, du moins assez nettes pour faire hésiter. Mais pour un cas où cette fâcheuse influence de l'opération peut être incriminée à la rigueur, combien y en a-t-il où l'on se réjouit d'avoir pu intervenir à temps et très largement !

Les chiffres les plus récents fournissent une réponse dans ce sens. Dans les deux tableaux déjà invoqués, la proportion des opérées survivantes et sans récidive locale *après trois ans* passe de 34,4 0/0 à 43,4 0/0. Dans la statistique de Halsted elle serait de 40,5 0/0. C'est ce chiffre que M. Cestan indique dans ses conclusions comme représentant la moyenne à laquelle il sera légitime d'aspirer dorénavant ; mais il importe de montrer que les bases sur lesquelles le chirurgien américain a édifié ses pourcentages diffèrent considérablement de celles sur lesquelles j'ai établi les miens. Je ne saurais mieux faire que de reproduire ici textuellement, en une traduction litté-

rale, les quelques lignes par lesquelles il fait connaître ses résultats. (*Annals of Surgery*, 1898, p. 575).

Résultats d'opérations de cancer du sein à l'hôpital John Hopkins, de juin 1889 à avril 1898.

« Pendant les deux années passées, mes assistants les Drs Finney, Bloodgord et Cushing ont exécuté probablement la majorité des opérations sur le sein. Antérieurement à cela (à cette période), presque tous les cancers du sein ont été opérés par l'auteur ; 133 cas ont été opérés, 76 d'entre eux il y a plus de 3 ans. Il y a eu 13 récidives locales (9 0/0 et 22 récidives régionales (16 0/0). Des 76 cas opérés il y a trois ans ou plus, 31 (41 0/0) sont vivants sans récidive locale ou signes de métastase ; 10 moururent plus de 3 ans après l'opération, et un seulement 5 ans et demi ultérieurement ; de ces 10, un présenta une récidive locale. Quarante cas (par conséquent 52 0/0) vécurent plus de trois ans sans signes de récidive locale ou régionale. Certains des 10 cas peuvent avoir présenté à trois ans des signes de métastase ; il m'est impossible de fournir des renseignements précis à cet égard. Trente-cinq cas (46 0/0), moururent dans les trois ans après l'opération, et sept d'entre eux après une récidive locale. »

Le lecteur aura peut-être trouvé, comme moi, que cet exposé manque de clarté. En effet, après avoir

dit que, sur ses 133 opérées, 76 ont subi l'opération depuis plus de trois ans, après avoir ajouté que, sur ces 76 cas, les meilleurs de la série, 31 femmes sont vivantes et ne présentent ni récidive locale ni métastase, l'auteur ne fait pas connaître le sort des 57 femmes opérées depuis moins de trois ans. Que sont-elles devenues ? Sont-elles mortes ? Sont-elles bien portantes ? Sont-elles en état de récidive ?

Sur les 76 malades opérées depuis plus de trois ans, il y aurait eu 10 morts après trois ans révolus et 35 morts survenues dans les trois ans après l'opération ; en tout 45.

Les 57 femmes opérées depuis moins de trois ans étant laissées de côté, Halsted calcule le pourcentage des survies *avec ou sans récidive* au delà de trois ans, et des survies *sans récidive ni métastase* également au delà de trois ans, *sur le chiffre des 76 opérations faites depuis trois ans*, et non sur l'ensemble de ses 133 interventions. Or cette dernière base me paraît la seule logique, la seule qui puisse conduire à des conclusions exactes.

M. Cestan, adoptant les points de vue de Halsted, a résumé ses résultats de la manière suivante :

« Les récidives locales atteignent seulement un pourcentage de 10,4 0/0 (toujours sur les 76 cas en question, et non sur l'ensemble) ; tandis que 88,8 0/0 des opérés atteignirent le terme de trois ans

et 52 0/0 le dépassèrent sans en porter trace, 40,5 0/0 d'entre eux (toujours sur les 76) restant absolument guéris au moment où Halsted publiait son travail. »

En réalité, calculées sur les 133 cas, les récidives locales seraient au nombre de 35 (Cestan), soit 26, 2 0/0, et la proportion des femmes vivantes n'offrant ni récidive ni métastase, opérées depuis plus de trois ans, tombe à 23, 30 0/0, ce qui est bien différent.

De mon côté, sur 53 cas, j'ai relevé, parmi les morts, 25 récidives locales isolées ou coexistant avec des métastases, et parmi les vivantes 2 récidives locales dont je dois porter la responsabilité, en tout 27, soit 51,56 0/0 ; par contre je n'ai que 6 généralisations isolées, soit 11,92 0/0 au lieu des 48,3 0/0 de Halsted (Cestan). D'autre part mes 19 opérées ayant dépassé trois ans sans récidive ni métastase, représentent une fraction de 35,84 0/0 sur mon ensemble, tandis que, du côté de Halsted, le rapport sur les 133 cas est de 30,07 0/0 (40 cas), et si je calculais le pourcentage de ces 19 cas par rapport à mes 26 cas de survie avec ou sans récidive au delà de trois ans, et non par rapport à mes 53 opérations, j'arriverais à 73,07 0/0, proportion beaucoup trop belle pour que cette base d'évaluation puisse être considérée comme exacte.

Enfin pour mes 10 sujets, opérés depuis plus de trois ans et encore vivants en parfaite santé, la proportion par rapport à 53, est de 18,86 0/0, chiffre un peu inférieur à celui de Halsted ; en revanche leur moyenne de survie est de neuf ans et cinq mois.

Tirer autant de déductions de chiffres dont la valeur ne peut pas être regardée comme absolue, c'est peut-être tomber dans les abus de la statistique. C'est en tout cas soumettre l'attention du lecteur à une rude épreuve ; mais comment ne pas suivre l'exemple des autres statisticiens et de leur commentateurs ? On me pardonnera donc, je l'espère, d'avoir longuement insisté sur cette partie un peu ingrate, mais d'un intérêt indiscutable, de mon sujet.

LES CAUSES DES SUCCÈS ET DES INSUCCÈS

Si l'on pouvait toujours reconnaître un rapport rigoureux entre les conditions dans lesquelles a eu lieu une intervention et ses suites, rien ne serait plus simple que de s'expliquer les prompts échecs et les longues survies.

Il y a des conditions admises universellement comme défavorables : l'ancienneté du début, sauf pour les squirrhes séniles, l'adhérence large aux téguments avec ulcération commençante, l'adhérence

aux plans musculaires, l'aspect peau d'orange de la surface cutanée, l'envahissement des ganglions axillaires, la fixité de ces ganglions dégénérés, la teinte un peu jaune des téguments de la face, le jeune âge des sujets.

Il y en a de particulièrement favorables : le début récent et le petit volume de la tumeur, l'intégrité apparente des ganglions axillaires, le défaut de tout signe d'infection de l'organisme. Quoique le succès, un succès durable, soit infiniment plus probable, lorsqu'on a affaire à des malades offrant ces conditions favorables, tous les chirurgiens ont été frappés par certaines dérogations à cette loi de correspondance entre les suites des opérations et les conditions dans lesquelles on les a exécutées. Or, ces dérogations ne peuvent pas toujours s'expliquer par l'insuffisance de la technique. On voit des cancers très peu menaçants tout d'abord, récidiver sur place avec une rapidité extraordinaire, après avoir été extirpés très complètement ; et par contre, des tumeurs adhérentes, ulcérées, accompagnées de dégénérescence ganglionnaire, ne récidiver que tardivement et même ne pas récidiver du tout.

Il n'est pas inutile de rappeler ces faits dans un moment où il semble que l'extrême ampliation donnée au champ de l'intervention augmente dans des proportions extraordinaires les chances de succès.

Oui, sans conteste, il y a dans cette façon de procéder une source féconde de garanties pour l'avenir ; mais l'avenir dépend aussi de la nature du tissu qui, pour être cancéreux, n'est pas toujours identique, même tout à fait au début, d'une tumeur à l'autre.

Il dépend encore de la durée de la période pendant laquelle les malades ne se doutent pas de l'existence du mal ; même parmi les femmes qui s'occupent beaucoup de leur personne, il y en a plus qu'on ne pourrait le croire. Il dépend enfin, et dans une mesure énorme, de la date de l'intervention par rapport au début. C'est pourquoi les très grandes interventions tardives demeurent stériles, quand elles ne sont pas nuisibles.

Je n'en veux pour preuve que certains des plus mauvais cas de ma série, où l'ablation circulaire des téguments sur une grande étendue, la suppression de la plus grande partie du grand pectoral, la dissection minutieuse de l'aisselle n'ont servi à rien, tandis que mes plus beaux cas de survie sont des exemples d'opérations faites sans doute avec soin, où ordinairement le curage attentif de l'aisselle avait été combiné avec une assez large suppression de téguments et une extirpation aussi complète que possible de la glande mammaire, mais qui ne se signalaient pas par une technique particulière.

Après ces considérations générales, voyons si l'ana-

lyse de mes cas les plus heureux fournit quelques indications relativement aux causes du succès. Dans la plupart je ne vois rien de particulier à signaler, si ce n'est que j'ai pratiqué de vastes extirpations ; mais il y en a plusieurs où je constate surtout les bons effets d'une intervention précoce. Par exemple, voici quatre malades qui m'ont été adressées par le même médecin, le docteur Legros. Sur ces quatre, il y en a trois de vivantes, avec des survies de 4 ans et demi, de 12 ans, de 12 ans et demi. La quatrième a eu une récidive qui ne l'a emportée qu'après 6 ans. Si tous les médecins étaient imbus, comme mon excellent confrère et ami, de l'utilité de l'intervention précoce, les statistiques s'amélioreraient avec une rapidité surprenante.

Les deux tumeurs les plus petites que j'aie enlevées avaient les dimensions de l'extrémité de mon petit doigt. Le microscope en a démontré la nature carcinomateuse. Or, l'une des malades, âgée de 26 ans, prédisposée par son âge au développement rapide et à la récidive de son néoplasme, a vécu 8 ans sans récidive locale. Elle est morte d'un mal de Pott (opinion d'un médecin consultant) ou d'une métastase cancéreuse tardive dans le rachis. On a vu que j'incline plutôt vers cette interprétation.

Une autre sur laquelle j'ai commis la faute de ne pratiquer qu'une extirpation partielle large (faute excusée peut-être par de pressantes sollicitations),

vit encore, et il y a plus de 10 ans que je l'ai opérée.

Deux exemples de ce genre suffisent pour faire éclater avec évidence l'importance des opérations aussi précoces que possible, puisqu'une guérison durable a été obtenue malgré deux circonstances essentiellement défavorables : le jeune âge d'une des malades et une ablation incomplète chez l'autre.

Quant aux *causes des insuccès*, indépendamment de ce qu'il y a de capricieux dans l'évolution des cancers, il est presque superflu de les rappeler, tant elles sont connues ; mais ce qui est moins bien déterminé, c'est la limite en deçà de laquelle il faut avoir la sagesse de se tenir. Ce sont, en un mot, les *contre-indications* de l'intervention.

Je crois bien que les chirurgiens des deux mondes ne sont pas prêts à se mettre absolument d'accord sur ce point. En ce qui me concerne, je déclare nettement n'avoir aucune tendance à suivre ceux qui reculent cette limite aussi loin que possible, qui extirpent tous les muscles, sectionnent ou résèquent la clavicule, les côtes, voire même l'omoplate, dissèquent le cou, fouillent les médiastins, désarticulent le bras et se croient autorisés à faire des opérations de trois et quatre heures de durée pour obtenir ce brillant résultat de voir la maladie reprendre avec une nouvelle énergie son cours un instant interrompu, lorsque les opérées n'ont pas succombé au

shock. De pareilles interventions sont des défis à la raison et à la conscience chirurgicale. Laissons donc mourir tranquillement ces malheureuses qu'aucune tentative ne saurait sauver. Pour elles la morphine peut remplacer avantageusement l'amputation interscapulo-humérale.

Sauf ces cas extrêmes, j'admets qu'on a le droit de pousser très loin les essais opératoires ; mais il faut bien savoir que la large adhérence, l'aspect violacé ou peau d'orange, l'ulcération des téguments, les nodosités erratiques, même voisines du centre, qui caractérisent le squirrhe dit pustuleux, les adhérences au squelette, la dureté et la fixité des ganglions, constituent encore, malgré les progrès de la technique, de très mauvaises conditions. J'éprouve toujours une grande répugnance à opérer les malades qui les réalisent en partie ; mais sur ce terrain délicat on n'est pas toujours absolument maître de ses décisions. Trop souvent la crainte de causer un violent désespoir nous oblige à passer outre à des considérations d'ordre purement scientifique d'où devrait découler naturellement l'abstention.

NÉCESSITÉ D'UN DIAGNOSTIC PRÉCIS ET PRÉCOCE

La *précision du diagnostic* doit occuper une place

très large dans la détermination des éléments de succès.

Le diagnostic précoce permet l'action précoce. Il importe donc qu'une tumeur maligne du sein soit reconnue le plus tôt possible après son début vrai. Malheureusement cela ne dépend pas toujours uniquement *de la sagacité du premier médecin* dont les malades réclament l'examen. Cela dépend aussi *des malades elles-mêmes.* Il y en a trop qui, par négligence ou par crainte, reportent d'un jour à l'autre la consultation qui fixera leur sort. Cela dépend aussi *des circonstances.*

Il y a encore trop de médecins, et j'en connais parmi les plus distingués, qui doutent de l'efficacité de l'intervention sanglante. Les mauvais résultats qu'ils ont eu l'occasion d'observer, les statistiques anciennes, ordinairement peu encourageantes, pèsent sur leur conscience et les retiennent. Alors que d'hésitations, que d'atermoiements ! Le moment favorable est bientôt passé, et lorsque le péril est devenu plus évident, les chances de succès, j'entends de succès durable, sont terriblement réduites. Puissent les chiffres de survie qui ont été rapportés plus haut dissiper leurs préventions !

J'aurai la franchise de dire que très souvent les hésitations du médecin ont leur source dans l'impossibilité où il se trouve de porter un diagnostic précis

d'emblée. Or, il est de toute nécessité de se prononcer immédiatement. Si certaines réserves s'imposent, elles doivent prendre fin dans un court délai ; après une période d'observation de quelques jours ou d'un mois à peine, les doutes s'évanouissent devant les modifications qu'apporte forcément un traitement médical bien conduit.

J'indiquerai plus loin les moyens de préciser un diagnostic difficile, après avoir rappelé et commenté les signes fondamentaux et les particularités exceptionnelles des cancers du sein.

La négligence et la pusillanimité des malades sont choses trop humaines pour qu'on puisse beaucoup s'en étonner ; mais si ces malades négligentes ou trop craintives savaient combien d'heureuses chances elles laissent échapper, en retardant de jour en jour le moment de se soumettre à l'opération, elles changeraient certainement de tactique. Il faut donc qu'elles soient instruites des conséquences de la temporisation ; il faut que la notion de l'opération précoce se répande de plus en plus. Il appartient aux médecins et aux chirurgiens, convaincus de la possibilité des guérisons prolongées et peut-être définitives, de lutter ardemment contre l'idée trop enracinée de la récidive inévitable à brève échéance.

J'ai accusé *les circonstances* d'être quelquefois la cause des retards fâcheux. Il est de fait que certaines

malades ne découvrent le mal dont elles sont atteintes que lorsqu'il est déjà avancé dans sa marche. Ce sont celles qui ne s'occupent pas beaucoup de leur corps, qui n'éprouvent ni gêne sérieuse, ni douleurs, qui sont pourvues d'embonpoint, dont les seins sont volumineux ou sujets à des engorgements plus ou moins bénins dont elles connaissent l'innocuité, celles aussi chez lesquelles le néoplasme est profondément situé, ou assez régulièrement diffus, de telle sorte que la forme générale et les dimensions du sein ne sont pas très sensiblement modifiées. On est alors stupéfait d'avoir devant soi une tumeur maligne parvenue, sans que la malade s'en soit doutée, à une phase de son développement où le résultat de l'intervention ne peut être qu'aléatoire.

Ces formes traîtresses du cancer sont spécialement redoutables, non seulement parce qu'elles sont reconnues trop tardivement, mais aussi parce qu'elles sont douées d'une puissance d'envahissement toute particulière. Leur tendance à l'extension vers les téguments, les muscles et tous les tissus sous-jacents à la glande mammaire crée des conditions très désavantageuses. Il faut donc faire une part aux cas qui déroutent les préceptes salutaires servant de règle actuelle à la thérapeutique chirurgicale du cancer.

Il semble qu'il n'y ait rien à dire de nouveau sur *les symptômes du cancer du sein*. Sans doute les si-

gnes cardinaux sur lesquels s'appuient depuis bien longtemps les diagnostics des traités classiques n'ont guère changé ; mais chacun sait aussi que ces traités présentent à leurs lecteurs des types généraux des maladies, et comme la clinique ne peut pas toujours s'accommoder des formules absolues, elle s'arroge le droit de contrôler à l'occasion les indications de l'enseignement théorique, de les modifier parfois ou de les compléter, au grand profit de l'enseignement pratique. Plus de trente ans d'observation donnent le droit de toucher à certains dogmes de la chirurgie.

Les *symptômes cardinaux* du cancer du sein sont : la *limitation précise* de la tumeur, son *adhérence* au tissu mammaire et aux téguments, sa *dureté* dans sa phase initiale, et c'est tout. Ses *symptômes contingents* sont la *douleur*, l'existence de *ganglions dans l'aisselle*. Comme circonstance accessoire mais non dénuée d'importance, il y a l'*âge des malades*. Le cancer est une maladie de femme âgée, quelquefois de femme mûre, très rarement de femme jeune.

Les *autres affections du sein* avec lesquelles on peut le confondre, sont : l'*adénofibrome*, le *sarcome*, *le myxome*, les *kystes bénins glandulaires*, la *mammite*, l'*engorgement œdémateux*, la *tuberculose*, la *syphilis*, les *kystes hydatiques*.

Ne tenant pas compte de l'ordre suivi dans cette énumération, je parlerai d'abord de l'*âge*, comme

circonstance d'assez grande importance pour le diagnostic, mais d'importance limitée.

Il est parfaitement exact que le cancer se développe le plus ordinairement chez des femmes de 50 à 60 ans et que la ménopause provoque souvent l'apparition de la tumeur ou son accroissement plus rapide; mais entre 40 et 50 ans il est loin d'être rare. On l'observe parfois sur des femmes encore plus jeunes, sur de très jeunes femmes, ainsi qu'en témoigne une de mes observations, où l'on a vu que la malade n'avait que 26 ans; ce qui ne l'a pas empêchée de survivre 8 ans à l'amputation totale de son sein.

Cette notion de l'âge avancé, ou assez avancé des malades, est précieuse pour le diagnostic d'avec certaines affections telles que la tuberculose, l'adénofibrome ou les diverses formes du sarcome, qui frappent surtout les jeunes sujets. L'adénofibrome et le sarcome sont tellement exceptionnels au delà de 40 ans que, chez une femme ayant dépassé cet âge, je diagnostique *à priori* un épithélioma pour toute tumeur bien limitée, fût-elle mobile et non adhérente. On se trouvera bien d'adopter cette règle dans toute sa rigueur. Mieux vaudrait se tromper dans le sens du pessimisme que dans celui de l'optimisme.

Par contre il faut bien se garder de diagnostiquer une tumeur bénigne, parce que la femme a moins de

40 ans, ou seulement de se laisser influencer par cette circonstance. On doit procéder à l'examen comme si la malade était dans l'âge ordinaire du cancer, et se garer contre un diagnostic *à priori* autant qu'il est avantageux de s'y laisser aller dans le cas précédent.

La *limitation précise* de la tumeur est ordinairement facile à reconnaître, surtout si l'on suit le conseil toujours jeune de Velpeau de palper la glande en la refoulant d'avant en arrière vers la paroi du thorax. A vrai dire le tissu du cancer se mélange à la périphérie avec celui de la glande, et au niveau de cette fusion existe une zone un peu indécise constituant un contour moins net que celui d'un fibrome ; mais la forme à peu près circulaire et la régularité assez grande de cette zone lui conservent le caractère d'une limite suffisamment accusée.

Les *poussées congestives* dont le tissu cancéreux lui-même est le siège et la mammite qui se développe parfois dans les portions intactes de la glande, sont bien faites pour donner le change, surtout chez les femmes à seins volumineux. Elles obscurcissent le diagnostic et obligent à le différer jusqu'au moment où une compression méthodique a supprimé la complication et dégagé la tumeur. Ordinairement, même à travers les tissus engorgés d'une grosse mamelle, on sent une inégalité de consistance et d'épaisseur qui fournit au diagnostic *cancer* une raison suffisante.

La tumeur est *adhérente au tissu de la glande* et l'entraîne dans les mouvements qu'on lui imprime. Ceci est rigoureusement exact pour les cancers siégeant en pleine glande, mais n'est plus aussi vrai pour les cancers périphériques ; ceux-ci apparaissent soit dans des lobes incomplètement reliés à la masse principale, soit dans des lobes nettement erratiques. Les mouvements imprimés au sein ne les déplacent pas du tout ou les déplacent vaguement, et ceux qu'on leur imprime ne se transmettent guère à l'organe voisin. C'est alors que l'âge doit exercer une grande influence sur le diagnostic ; chez la femme de plus de 40 ans, on doit diagnostiquer quand même un cancer, sans préjudice des autres signes à rechercher.

L'*adhérence aux téguments*, presque pathognomonique, appartient aussi aux adéno-fibromes enflammés, aux sarcomes en voie de ramollissement, aux myxomes à évolution inflammatoire, à la tuberculose, aux kystes glandulaires et hydatiques enflammés. Le caractère presque pathognomonique de l'adhérence aux téguments tient donc principalement à la rareté des affections ou des complications dont il vient d'être fait mention. L'adéno fibrome enflammé est d'ailleurs bien suspect de dégénérescence. Les kystes qui deviennent adhérents sont eux-mêmes une particularité d'un tissu malin sous-

jacent. Les kystes hydatiques enflammés ou non enflammés, c'est un hasard d'en observer. J'en ai traité un jadis par l'amputation partielle du sein, parce que les téguments faisaient corps avec une induration limitée ; j'ai reconnu mon erreur au cours de l'opération.

Restent la tuberculose et les diverses formes du sarcome. C'est ici le cas de rappeler les caractères si spéciaux de l'adhérence du cancer épithélial. D'abord elle est infiniment plus précoce ; de plus, on sent qu'il y a une certaine épaisseur de tissu presque souple entre la tumeur et le derme (je parle, bien entendu, du cancer au début). Cette couche intermédiaire se laisse un peu déplacer avec la peau, mais moins que les couches sous-cutanées intactes voisines. Ce qui est très caractéristique, c'est que, dans la zone adhérente, la peau est légèrement déprimée ; elle a un aspect ridé, et ces sortes de petites rides se creusent plus profondément lorsqu'on déplace, même très faiblement, le noyau d'induration. Ce n'est pas encore la vraie *peau d'orange*, avec son piqueté et ses petites élevures rondes. Celle-ci se montre plus tard, et quand c'est sur une étendue de plusieurs centimètres carrés, elle est d'un mauvais augure et implique la récidive locale certaine, si l'ablation n'est pas très large. Plus étendue encore, elle devient une contre-indication.

Il n'en va pas de même dans le cas d'adhérence d'un sarcome ou d'une production quelconque plus ou moins enflammée. L'adhérence est plus large, elle modifie les téguments dans toute leur épaisseur; ceux-ci se congestionnent, rougissent prématurément. Ils se rattachent sans l'intermédiaire de tissus relativement souples à l'induration profonde, et la tendance à l'ulcération large est quelquefois plus précoce. Chacune de ces nuances a sa valeur.

La *dureté* du cancer à ses débuts est constante ; mais indépendamment des cas où la transformation en encéphaloïde se produit, il y en a où un petit épithélioma se ramollit et devient rapidement fluctuant. Ce sont de petits cancers dendritiques et ordinairement superficiels, presque cutanés.

La *douleur*, on sait qu'elle fait souvent défaut, et ceci est à regretter, parce que, précoce, elle attirerait immédiatement l'attention des malades vers leur sein. La névralgie de certains adéno-fibromes ou de certaines mammites lobulaires, compliquées ou non de kystes, n'a rien de commun avec les douleurs sourdes ou les élancements atténués qu'éprouvent certaines femmes atteintes de cancer.

Quant *aux ganglions axillaires*, certainement ils complètent l'ensemble des signes du carcinome, mais ils ne sont que d'une utilité limitée. Pour mieux dire, on n'a pas besoin d'eux, et surtout il ne faut

pas attendre leur apparition pour porter le diagnostic. On sait d'ailleurs qu'il en existe souvent qu'il est impossible de reconnaître ou de différencier des ganglions normaux. L'adénopathie apparente précoce, en relation avec une très petite tumeur à caractères un peu douteux, acquiert cependant une signification incontestable ; mais on ne devra pas oublier que l'inflammation compliquant une production quelconque peut leur donner naissance, et que, dans la tuberculose mammaire, ils sont constants.

Après ce qui précède il reste peu de chose à ajouter relativement au diagnostic des maladies de la mamelle offrant des analogies plus ou moins grandes avec le cancer, mais il importe de les envisager maintenant à leur point de vue individuel.

L'*adénofibrome* est caractérisé par la netteté de son contour, par son défaut d'adhérence aux tissus ambiants et aux téguments, par son extrême mobilité sur les parties qui lui servent de réceptacle et sur lesquelles il semble glisser comme dans une bourse séreuse. Il s'observe surtout entre 15 et 30 ans, quelquefois plus tard. Je crois n'en avoir vu qu'un cas sur une femme ayant dépassé 45 ans ; il est probable que le début remontait à l'époque de sa jeunesse, quoiqu'elle m'ait affirmé le contraire.

Le *sarcome*, le *myxome* sont, eux aussi, des productions de la jeunesse. Beaucoup moins mobiles

que l'adéno fibrome, ils s'accroissent plus rapidement que la plupart des carcinomes et deviennent, comme je l'ai dit, adhérents à leur façon. Lorsque les sarcomes se creusent de grands kystes, je ne connais pas de signe permettant de les distinguer sûrement des carcinomes kystiques. L'âge des malades ne fournit qu'un élément précaire pour ce diagnostic.

Les *kystes glandulaires* ne peuvent être confondus avec le cancer que parce que certaines formes d'épithéliomas, les végétants surtout, se compliquent de kystes assez considérables pour masquer les parties solides du néoplasme. Voilà pourquoi, chez les femmes de plus de 40 ans, plus encore que chez les plus jeunes, je me méfie depuis bien longtemps des kystes ayant acquis des dimensions notables, égales à celle d'une noix ou d'un œuf. J'admets cependant l'existence de grands kystes absolument bénins, pour en avoir guéri un aussi gros qu'un œuf, sur une femme de 30 ans environ, par une simple ponction suivie d'une compression méthodique pendant quelques jours.

Le problème est plus ardu lorsqu'il s'agit d'*engorgement œdémateux* ou de *mammite proprement dite*. Cette forme d'engorgement œdémateux des seins que j'ai proposé jadis d'appeler *sclérème phlegmasique temporaire* et qu'on a désignée plus simplement sous

les dénominations d'*engorgement mammaire*, d'*œdème lymphatique* des mamelles, atteint simultanément la glande et les téguments. C'est en réalité une sorte d'œdème dur, un sclérème de la région tout entière, qui peut frapper en même temps les deux côtés de la poitrine, qui procède comme une congestion inflammatoire et disparaît au bout d'un certain temps. Les congestions mammaires dont j'ai parlé plus haut comme se surajoutant quelquefois au cancer ne s'en rapprochent que d'assez loin.

Tout autre chose est la *mammite* ou *mastite*. Elle est si souvent l'objet de grosses erreurs de diagnostic que les caractères doivent en être précisés avec rigueur. Développée sous l'influence de troubles menstruels, d'excès de coït, de la ménopause ou d'un refroidissement, elle occupe tantôt la mamelle entière, tantôt un segment plus ou moins considérable. La dureté des parties atteintes est très grande et uniforme; la surface en est comme granuleuse. Les limites en sont assez précises, mais toute la glande suit les déplacements qu'on imprime à la portion indurée, parce que celle-ci n'offre aucune mobilité sur le reste. Comprimée d'avant en arrière, elle donne à la main la sensation d'une plaque convexe en avant plutôt que d'un corps à peu près globuleux, comme un cancer non infiltré.

Malgré toutes ces nuances, c'est en somme un diagnostic quelquefois très difficile à faire, d'autant plus difficile que, je l'ai déjà dit plus haut, la *mammite limitée* n'est parfois qu'une complication du carcinome. Si l'on garde des doutes soit sur la nature même de l'affection, soit sur l'existence simultanée d'un noyau de cancer, la compression méthodique prolongée pendant deux, trois semaines, un mois au plus, les dissipera.

La *tuberculose* a dû causer plus d'une erreur, lorsqu'elle se développe en un foyer unique. La délimitation un peu vague des contours, les poussées inflammatoires ou congestives, l'adhérence parfois difficile à différencier de celle du cancer, les ganglions axillaires, tout cela est bien fait pour éloigner l'espoir d'un diagnostic exact. Heureusement cette forme clinique est loin d'être la seule. Parfois les foyers sont multiples et contigus, ou bien il existe une véritable infiltration en masse de la glande. Les ganglions sont plus volumineux; ils ont de la tendance à se ramollir assez rapidement comme les autres foyers. Les *phénomènes inflammatoires* sont plus accusés; ou bien, si les lésions évoluent à froid, il arrive assez souvent qu'elle soit troublée à un moment donné par une poussée subaiguë ou aiguë. De plus, fréquemment, les malades portent des stigmates de tuberculose, lésions osseuses ou pulmonaires, cicatrices d'adéno-

pathies anciennes. Enfin elles sont en moyenne plus jeunes que celles que le cancer atteint.

J'ai gardé la *syphilis* pour la fin de cette revue des affections possédant plus ou moins de ressemblance avec le cancer, parce que je n'ai rien à dire de plus que ce que contiennent les classiques à son sujet. La syphilis du sein m'est inconnue. J'accorde qu'elle existe et j'imagine qu'elle représente un piège dans lequel il serait facile de tomber. L'infiltration plus ou moins diffuse, avec des foyers tendant au ramollissement, ou bien une véritable gomme interstitielle soumise à toutes les modifications de ce genre de productions, voilà ce qu'elle doit être, du moins théoriquement.

Quant à de petites gommes cutanées de la région du mamelon ou de parties plus excentriques, elles offriraient, je crois, des caractères propres à mettre d'emblée l'esprit en éveil à l'égard de la syphilis. La recherche des stigmates viendrait en aide au diagnostic dans le premier comme dans le second cas.

Il me reste à donner des indications sur la manière de procéder à l'examen des malades. A ne considérer cet examen que dans ses grandes lignes, je n'ai rien de très particulier à dire, mais j'attache une importance véritable à certains détails de position et d'attitude des malades, qui assurent à l'exploration une précision rigoureuse.

La malade doit avoir le torse nu jusqu'à la ceinture. Je la fais asseoir à une petite distance d'une fenêtre, bien en face du jour, afin que l'éclairage des deux moitiés de la poitrine soit parfaitement symétrique. Je m'assieds devant elle sur un siège un peu plus élevé que le sien.

Avant de palper, je constate par la vue seule les différences de forme des seins et des mamelons, des régions axillaires, sous-claviculaires et sus-claviculaires. C'est le moment de se souvenir que la moindre scoliose suffit pour causer de l'asymétrie des régions sous-claviculaires et sus-claviculaires. Elles bombent faiblement du côté de la convexité dorsale.

La palpation méthodique doit toujours se faire en repoussant doucement et directement d'avant en arrière le sein soutenu par la main libre. On ne doit pas ignorer qu'il y a des formes diffuses de carcinome qui ne communiquent pas aux doigts une sensation de tumeur bien délimitée. Ce type clinique ressemble beaucoup à la mastite chronique ; ce qui l'en distingue, c'est qu'il existe dans la masse des indurations en traînées, partant généralement d'un centre plus ferme, mais ce centre peut être mal caractérisé ou même faire défaut. Alors on doit s'appuyer sur les différences de répartition des indurations de la mastite et du carcinome diffus ; dans la première

il y a plus d'homogénéité, dans le carcinome les traînées fermes sont un peu plus séparées les unes des autres que les lobules innombrables, mais en réalité très confondus, de l'inflammation mammaire.

Cette difficulté particulière de diagnostic s'est présentée chez trois de mes malades (obs. 41, 43 et 54), surtout chez celle de l'observation 54. J'ai eu, soit dit en passant, d'excellentes nouvelles de sa santé aujourd'hui même, 19 novembre.

Pour faire l'examen de l'aisselle, j'invite la malade à poser sans effort, sans raideur, la main du côté exploré sur celle de mes épaules qui lui correspond (main gauche épaule droite, main droite épaule gauche). Cette attitude a pour conséquence d'amener la paroi postérieure de l'aisselle en avant, avec tout le tissu cellulo-graisseux et les ganglions qu'elle contient. Alors les doigts du chirurgien peuvent plonger jusqu'au sommet de l'aisselle en glissant derrière ce tissu graisseux et les ganglions, et en suivant de près la paroi thoracique.

La main qui explore l'excavation restant en place, l'autre exerce de douces pressions sur la paroi antérieure de l'aisselle, puis le pouce de la première main, se plaçant devant les pectoraux, en apprécie l'épaisseur. On arrive ainsi à savoir d'une façon précise s'il y a des ganglions dégénérés, s'ils sont volumineux, s'ils ont cessé d'être mobiles, s'ils se pro-

longent jusqu'au sommet de l'aisselle, et si la paroi antérieure est demeurée indemne.

L'examen des creux sus-claviculaires et des régions sterno-mastoïdiennes exige un soin spécial. Je le fais en posant les deux pouces à plat sur les deux régions homologues à la fois ; je renouvelle cette exploration en me plaçant debout derrière la malade.

On terminera en faisant tous ses efforts pour dépister une généralisation commençante. On examinera la malade couchée pour savoir si les viscères abdominaux sont intacts, et l'on attachera une grande valeur à tout phénomène douloureux dans les régions dorsales ou intercostales et dans les membres inférieurs. L'analyse de l'urine sera pratiquée, comme d'ailleurs à la veille de n'importe quelle opération.

LA TECHNIQUE MODERNE

APPRÉCIATIONS

Au commencement de ma pratique, j'ai fait ce que j'avais vu faire à mes maîtres. J'enlevais largement les téguments, n'ayant pas à me préoccuper de la possibilité de la suture qu'on rejetait systématiquement; je disséquais ou je croyais disséquer la mamelle jusqu'à son pourtour; puis, sans prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle, j'extirpais les ganglions

quand j'en avais senti avant l'opération. Je respectais religieusement l'aponévrose du grand pectoral. Lorsque le cas était compliqué, j'allais jusqu'aux ablations musculaires, au grattage des côtes, à la ligature des gros vaisseaux blessés au cours de l'extirpation des ganglions et je ne craignais pas les vastes délabrements.

Je me souviens d'une malade chez laquelle, en 1876, j'ai poursuivi le tissu morbide jusque sous l'omoplate, en réséquant la veine axillaire chemin faisant. Le bras de cette femme, distendu par un œdème dur, est resté énorme jusqu'à sa fin qui fut fort triste.

La fréquence des récidives ganglionnaires a fait imaginer le curage systématique de l'aisselle dont Kimisson a été le promoteur en France, et qui a constitué un immense progrès. Aussi bien, dès 1881 ou 1882 me suis-je hâté de mettre en pratique cet excellent précepte. Malheureusement la hantise de la réunion immédiate l'a empêché, entre les mains de beaucoup de chirurgiens, de produire son effet utile. Pour réunir il faut des téguments. De là des ablations de téguments instinctivement parcimonieuses et des récidives fréquentes dans la cicatrice. On perdait d'un côté une partie de ce que l'on gagnait de l'autre.

Il est vrai que Verneuil insistait, après Volkmann, sur la nécessité d'enlever l'aponévrose du grand pec-

toral et les fibres superficielles de ce muscle. De là à l'extirpation de tout un faisceau du grand pectoral et même des deux pectoraux, non plus comme mesure de nécessité, mais comme complément systématique de toute amputation du sein, il n'y avait qu'un pas ; Halsted et Willy Meyer l'ont franchi.

Dans un premier travail publié en 1894, Halsted préconise des incisions de la peau de direction nouvelle, s'écartant de la classique raquette, la résection du faisceau sterno-costal du grand pectoral, la section perpendiculaire du petit pectoral, au besoin la section de la clavicule en son milieu. Plus tard Willy Meyer conseille et pratique l'ablation totale du grand et du petit pectoral. En 1898, Halsted adopte l'extirpation totale des deux pectoraux et y ajoute le curage systématique du creux sus-claviculaire.

Sans entrer dans le détail minutieux de ces procédés exposés avec soin par Binaud et Braquehaye (1), et par M. Cestan dans son article maintes fois cité, je crois opportun d'en rappeler ici les temps principaux.

Premier procédé de Halsted. — L'incision cutanée a dans son ensemble la forme d'un chiffre 6 incliné à gauche pour le sein droit (fig. 3). Elle contourne

(1) Binaud et Braquehaye, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de Le Dentu et Delbet, t. VII, p. 216.

la mamelle et remonte vers la clavicule et la partie antérieure de l'épaule, en décrivant une courbe à convexité supérieure. Cette portion sous-claviculaire de l'incision délimite avec la partie externe de la boucle un grand lambeau triangulaire dont la base correspond à la paroi antérieure de l'aisselle.

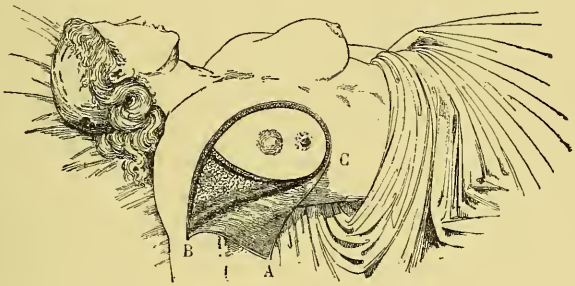

Fig. 3. — Procédé de Halsted.

On dissèque ce lambeau triangulaire de la pointe vers la base, *en ne prenant absolument que la peau*, jusqu'au bord postérieur de l'aisselle.

Le grand pectoral étant mis à nu, on détache en dedans les insertions costales et sternales de son faisceau inférieur jusqu'à la clavicule ; on le sépare du faisceau supérieur et on sectionne son insertion humérale.

On soulève alors toute la masse ainsi partiellement séparée, on la détache du thorax par dissection et on met à nu le petit pectoral.

On coupe ce muscle par le milieu, ce qui permet de disséquer minutieusement l'aisselle avec le bis-

touri et les pinces, et de la vider de tout ce qu'elle contient, graisse, ganglions, vaisseaux et même nerfs, sauf les gros vaisseaux axillaires et les gros troncs nerveux destinés au bras, qu'on doit cependant mettre à nu et dépouiller de leur gangue conjonctive. La section de la clavicule peut être jugée nécessaire pour poursuivre l'exploration jusque dans le creux sus-claviculaire.

Il ne reste plus qu'à reprendre la séparation de la masse vers le bord postérieur de l'aisselle et à l'enlever en bloc.

Une suture en bourse rapproche les lèvres de l'incision. Le grand lambeau cutané triangulaire comble l'aisselle et rend le drainage inutile.

Procédé de Willy Meyer. — L'incision comprend deux parties : une oblique à extrémités angulaires, se prolongeant vers l'insertion humérale du grand pectoral ; sur ce prolongement se greffe une incision oblique en haut et en dedans vers la clavicule (fig. 4). La dissection des trois lambeaux cutanés isole la glande mammaire et met à nu le grand pectoral. On détache les insertions humérales et claviculaires de ce muscle.

Alors on va droit à l'aisselle ; on la dissèque, on lie tous les vaisseaux secondaires à leur origine, et cela fait on détache le petit pectoral d'abord en dehors, puis en dedans. Cela permet de rabattre

Fig. 4. — Procédé de W. Meyer.

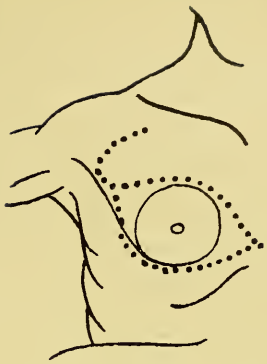

Fig. 5. — Procédé de Kocher.

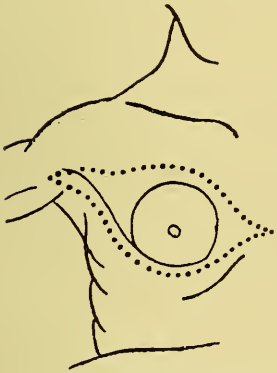

Fig. 6. — Procédé de Watson Cheyne.

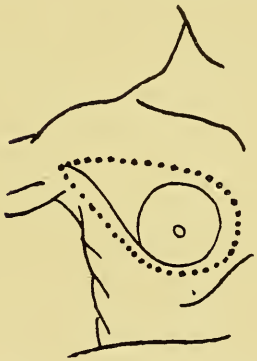

Fig. 7. — Procédé de Tansini.

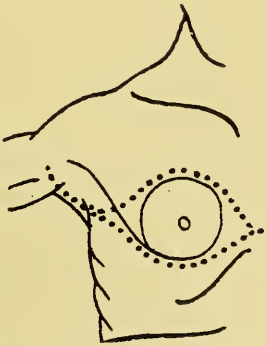

Fig. 8. — Procédé de Mac Burney.

Schémas des incisions cutanées empruntés à M. Cestan.

toute la masse de dehors en dedans, de l'humérus vers le sternum.

Drainage après suture ; on comble la partie de la plaie non recouverte par des greffes primitives ou secondaires.

Deuxième procédé de Halsted. — L'ablation des téguments du sein est plus large. Ce n'est plus seulement le faisceau sterno-costal du grand pectoral, qu'on supprime, mais ce muscle entier, ainsi que le petit pectoral. De plus Halsted a remplacé la section de la clavicule, qui ouvre un jour insuffisant vers le creux sus-claviculaire, par une incision correspondant au bord postérieur du sterno-mastoïdien. La section de l'omo-hyoïdien met à nu la veine sous-clavière. Le bras étant élevé en dehors, la clavicule s'écarte de la première côte ; on peut alors facilement effondrer le trousseau fibreux qui relie la veine à la clavicule, et introduire un doigt dans la région axillaire de haut en bas.

La dissection du creux sus-claviculaire est devenue, dans la pensée de Halsted, un des temps fondamentaux de sa méthode. L'application de greffes prises sur la cuisse complète l'opération et supprime toute surface cruentée.

Le procédé de Kocher (fig. 5) dérive de celui de W. Meyer aussi bien pour les temps profonds que pour l'incision des téguments. Dans ceux de Watson

Cheyne (fig. 6), de Tansini (fig. 7), de Mac Burney (fig. 8), le mode d'incision des téguments est la reproduction du procédé classique, avec des nuances trop peu caractérisées pour qu'on puisse y voir autant d'idées nouvelles. Cependant on y reconnaît le souci des ablations très larges des téguments débordant le milieu du sternum et les limites apparentes du sein, lorsque celui-ci a été soulevé en masse par la main de l'opérateur. Lorsque la tumeur est très excentrique par rapport à la mamelle, il est bon de la contourner à distance avec le bistouri, de manière à la délimiter par une encoche aussi profonde qu'il est nécessaire (Bell).

J'ai toujours eu recours à une incision dans le genre de celle de Watson Cheyne ; depuis quelque temps j'enlève une étendue de peau bien plus grande que par le passé, et je laisse peu de tissu cellulo-graisseux en doublure des lambeaux, mais je me garde de raser la face profonde du derme avec le bistouri, craignant que la peau ainsi amincie jusqu'à l'extrême ne se sphacèle partiellement.

Je n'ai pas adopté le grand lambeau thoraco-axillaire de Halsted, parce que, dans les cas assez fréquents où la tumeur siège au côté externe du sein et où il existe des ganglions très voisins du bord postérieur de l'aisselle, la portion de peau correspondant à ces ganglions serait conservée avec ce lambeau.

Les ablations larges des téguments, si avantageuses à certains égards, ont leur revers de médaille. Elles rendent difficile ou impossible le rapprochement des lambeaux et la suture totale de la plaie. La cicatrisation des parties restées découvertes par granulation est tellement longue dans le cas de très vastes pertes de substance, qu'on s'est trouvé dans la nécessité de hâter la guérison par divers moyens.

Les greffes de Thiersch, appliquées à la fin de l'opération ou le lendemain, ont leurs partisans; mais après la suppression de toutes les parties molles qui recouvrent le thorax, elles sont pour ce dernier un revêtement tout à fait insuffisant, et dans le cas de perte de substance très considérable, on ne pourrait jamais en mettre assez pour obtenir une réparation solide et durable. J'aimerais mieux, pour mon compte, attendre que la plaie eût bourgeonné et se fût notablement rétrécie, et recourir à la greffe secondaire, tardive.

L'autoplastie sous ses diverses formes est certainement supérieure à la greffe immédiate, lorsqu'elle est nécessaire; mais elle ne l'est pas toujours. Il suffit quelquefois de décoller ou de disséquer les lambeaux à une certaine distance des sections, pour les amener au contact sans trop les tirailler. D'autres fois on y parvient avec les deux incisions obliques de Roux (de Lausanne) dirigées à partir des

bords de la plaie, l'une en haut vers la clavicule, l'autre en bas et en dehors vers le rebord costal.

Si la surface à recouvrir est très vaste, un grand lambeau, taillé sur le flanc, l'hypocondre ou le dos et remonté vers la lèvre supérieure, la comble en entier ; pour tirer de ce moyen tout l'avantage possible, il faut suturer les bords de la surface cruentée que la transplantation du lambeau laisse à nu, et, si cela est nécessaire, fermer cette deuxième brêche par un autre lambeau taillé plus bas encore (Tansini (1), Quénu et Robineau) (2). Tansini prend sur le dos un lambeau à direction oblique et non verticale, à pédicule situé vers l'extrémité de l'incision axillaire. Une fois ce lambeau suturé sur la plaie mammaire, il fait partir deux incisions linéaires des bords supérieur et inférieur de la plaie dorsale. Ces incisions facilitent le glissement de ces bords l'un vers l'autre et leur coaptation par des points de suture.

Legueu a eu l'idée de décoller en masse et de ramener sur la plaie tout le sein du côté opposé, et il a déjà eu plusieurs imitateurs (3).

Ce procédé d'autoplastie par glissement peut se réaliser de la façon suivante :

(1) Tansini. *Riforma medica*, 2 janv. 1896.

(2) Quénu et Robineau, *Rev. internat. de thérapeutique et de pharmacologie*, 17 août 1896, n° 8.

(3) Legueu. *Congrès français de chirurgie*. 1898, p. 225.

Deux incisions sont tracées transversalement au-dessus et au-dessous de la mamelle depuis la partie interne de la plaie jusqu'à la ligne axillaire. On décolle alors avec les doigts ce vaste lambeau, en se tenant bien dans le tissu conjonctif, et on l'attire vers la perte de substance. On peut gagner encore de l'étoffe en faisant sur chacun des bords de ce lambeau une incision qui se dirige vers le mamelon. La mamelle s'étale alors, et, sauf la présence du mamelon au-devant du sternum, l'esthétique trouve, paraît-il, à peu près son compte dans cette transplantation un peu étrange au premier abord.

Sans doute il est bon de chercher par tous les moyens possibles à abréger pour les malades la période des soins post-opératoires ; mais on ne doit pas oublier que, sur des sujets fatigués par une longue et minutieuse opération, le surcroît de perte de sang et de shock causé par l'autoplastie immédiate pourrait offrir de réels inconvénients. L'autoplastie secondaire devra donc être préférée dans certaines circonstances.

Beaucoup de chirurgiens ont cru pouvoir se passer du drainage. Je ne vois pas qu'il y ait là un avantage réel. Sans doute on peut compter dans beaucoup de cas sur l'accolement immédiat des surfaces cruentées, dans l'aisselle comme ailleurs ; mais il arrive quelquefois que cet accolement fait défaut.

Ne fût-ce que dans un point, cela suffit pour donner lieu à un hématome ou à une sécrétion de liquide séro-sanguinolent. On est alors obligé de réouvrir un point de la plaie et de placer un drain. Autant vaut placer celui-ci préventivement.

Il peut se faire aussi, surtout après les larges ablations musculaires, que les téguments ne puissent pas être refoulés par la compression au niveau de la paroi thoracique. Lorsque les téguments sont tendus, il y aurait danger à les comprimer trop fortement. En ce cas, je place un drain dans l'espace mort antérieur, lorsque je prévois que la compression sera insuffisante. J'en mets un aussi dans l'aisselle, et je le fais sortir à l'extérieur par une petite incision pratiquée dans le lambeau postérieur, en avant du grand dorsal.

Je ne crois pas qu'on puisse formuler une règle fixe relativement au temps pendant lequel les drains doivent être maintenus en place. Je veux bien que ce soit deux jours, pour un drain axillaire court, et lorsqu'il ne s'échappe pas de sérosité sanguinolente au moment du pansement. Mais pour les drains longs, et surtout pour le drain antérieur occupant un espace mort, ce temps est insuffisant. Il faut drainer jusqu'à ce qu'on ait la certitude qu'il n'y a plus à compter qu'avec le trajet du drain.

Je m'écarte également de bon nombre de mes collègues par la manière dont je fais le pansement. Afin d'éviter les raideurs cicatricielles ultérieures, quelquefois très persistantes et très pénibles, je me garde bien de rapprocher le bras du tronc. Tout au contraire, je le place en abduction à 50 ou 60° environ et je me sers pour la compression de l'aisselle de deux ou trois tampons plats d'ouate stérilisée qui couvrent la gaze aseptique ou antiseptique étendue sur la ligne de suture. Un bandage de corps soutient le pansement ; je complète celui-ci par une garniture d'ouate autour du tronc et du bras, et par de larges bandes de crêpon qui assurent une excellente compression.

Je fais un premier pansement au bout de trois ou quatre jours, un second après sept jours, si le drain n'a pas été supprimé dès le premier pansement ; s'il l'a été, j'attends le dixième jour, moment le meilleur pour l'ablation des fils. Il est rare que je permette à mes opérées de se lever avant le douzième ou le quatorzième jour.

Les méthodes et les procédés que je viens d'exposer brièvement renferment tous les perfectionnements les plus récents de l'amputation du sein. La question qu'il appartient à l'avenir de résoudre

est de savoir si, pour les cas simples, les promoteurs de ces procédés ne sont pas allés au delà de ce qui est nécessaire, et si, pour les cas compliqués, la lutte à outrance offre des chances réelles de succès.

Je dois d'abord déclarer que je garde un certain scepticisme à l'endroit des prétendus bons effets des énormes mutilations que j'ai condamnées plus haut. Voici pourquoi je suis sceptique. Je ne connais pas de meilleur terrain pour la propagation du cancer que le tissu musculaire. Supposez entièrement enlevé un muscle profondément envahi, le périoste des os sur lesquels il s'insérait deviendra par la suite le terrain de propagation. Supposez aussi la tumeur adhérente aux muscles intercostaux ; on aura beau dépasser les adhérences, la repullulation se manifestera vite et la plèvre, déjà atteinte peut-être, réagira à sa façon, par une pleurésie, une très grave pleurésie.

Pour ce qui est des ganglions axillaires, s'ils sont plaqués sur les espaces intercostaux, accolés aux vaisseaux et aux nerfs, on aura beau disséquer le sujet comme à l'amphithéâtre, enlever toute la gangue de ces ganglions, la récidive aura lieu quand même. Est-on amené à lier l'artère ou la veine axillaire par suite d'une ou de plusieurs blessures inévitables de ces vaisseaux, ou à les réséquer dans une certaine longueur, oh ! alors on tombe dans des inconvénients qu'on ne peut désigner sous ce nom que par euphé-

misme. Ce ne sont pas tant les hémorragies qu'il faut redouter, (des pinces à demeure, la suture des vaisseaux ou de bonnes ligatures doivent les empêcher), mais la gangrène du membre supérieur, et surtout un œdème persistant extrêmement pénible, résultat sinon constant, du moins fréquent, de l'interruption de la circulation dans la veine axillaire.

Les ganglions sus-claviculaires sont-ils atteints, la situation est, je crois, encore plus mauvaise. Je n'ai jamais vu l'extirpation de ces ganglions être suivie de bons effets. La récidive a toujours repris sa marche fatale. C'est que cette région sus-claviculaire a des limites beaucoup moins précises que l'aisselle; elle est en continuité avec la région sterno-mastoïdienne, avec les médiastins, et les ganglions de ces espaces continus, plongés dans une gangue molle, forment une chaîne à anneaux très nombreux, richement anastomosés, un tout diffus et insaisissable. Comment prétendre à une dissection complète de régions aussi compliquées, même en y consacrant trois heures? Ce qui reste quand même de tissus suspects n'est-il pas amplement suffisant pour que l'insuccès soit inévitable ?

Je demeure donc incrédule relativement à l'efficacité ultérieure prolongée des vastes délabrements opératoires. Ce ne sont pas des tentatives à condamner positivement, sauf dans leurs excès, parce que,

en matière de cancer, tout le monde sait qu'il y a d'heureuses surprises ; mais ce sont des pis-aller ayant plus de rapports avec un exercice de médecine opératoire qu'avec la chirurgie raisonnée et vraiment utile.

Aussi bien n'est-ce pas au point de vue de leur vertu curative à l'égard de cancers à vaste expansion qu'il faut surtout les envisager, mais au point de vue de leur action préventive. La véritable question qui se pose est celle-ci : faut-il, sur une malade atteinte d'un petit cancer du sein au début, enlever toute la peau de la région mammaire, toute la glande avec ses lobules erratiques, les deux muscles pectoraux tout entiers, tous les ganglions axillaires et sus-claviculaires avec tout le tissu adipo-conjonctif qui les enveloppe? Je ne puis trouver une réponse dans des faits personnels, puisque jusqu'ici je me suis contenté de réséquer, dans quelques cas, une partie de faisceau sternal du grand pectoral ou ce faisceau tout entier. Si j'élevais des objections, elles auraient un caractère théorique qui leur enlèverait forcément beaucoup de leur valeur aux yeux des chirurgiens fanatisés par les succès de Halsted et de W. Meyer.

Ces succès, établis par des chiffres qui ont leur éloquence, ne manqueraient pas de me gêner, si j'étais enclin, dans l'espèce, à une critique acerbe. Telles ne sont pas mes dispositions, après avoir longuement médité sur cette question d'importance capitale. J'ap-

prouve grandement l'idée directrice des tentatives de Halsted et de W. Meyer. J'applaudis à l'impulsion qu'ils ont imprimée au traitement des cancers du sein. C'est quelque chose d'avoir rendu l'espoir aux médecins qui, n'ayant observé que de mauvais cas, avaient renoncé à faire opérer leurs malades; c'est beaucoup d'avoir arraché à leur découragement les chirurgiens à qui de nombreux mécomptes avaient trop souvent démontré l'inanité de leurs efforts. Nous tenons un progrès nouveau, un vrai, un grand; mais il est permis de se demander si, pour l'obtenir, il est indispensable de soumettre toutes les femmes à une opération d'importance parfois disproportionnée à l'étendue et à la profondeur de leur mal. Je m'explique.

J'estime que pour une tumeur au début ou peu avancée dans son développement, du volume effectif d'une cerise, d'un œuf de pigeon, l'ablation du faisceau sternal du grand pectoral et la dissection minutieuse de l'aisselle peuvent suffire. Dans un cas comme celui-là, la section ou la résection du petit pectoral n'a d'avantage que pour mettre plus complètement à nu le tissu graisseux et cellulaire du creux axillaire. A titre de mesure préventive et pour assurer l'avenir, son utilité ne m'est pas absolument démontrée.

Pour ce qui est des ganglions sus-claviculaires, s'il est vrai que leur dégénérescence soit toujours possible par continuité, la clinique et les opérations ne

montrent-elles pas le peu de tendance que l'infection manifeste à les gagner par voie ascendante chez les malades atteintes depuis peu de temps, et même chez certaines autres? Voyez cette dame que j'ai opérée en 1888 avec le professeur Damaschino, laquelle avait un paquet de ganglions dans l'aisselle, et qui est restée guérie depuis lors (obs. 16).

Je me garderai bien de baser un raisonnement général sur une exception, mais pour dire toute ma pensée, je ne crois pas que, dans un cas que tout permet de considérer comme très bon pour l'opération, il y ait beaucoup à compter avec les ganglions sus-claviculaires. Qu'on enlève donc alors le faisceau sternal du grand pectoral, le muscle entier si la tumeur correspond à la partie haute du muscle, le petit pectoral en même temps si on le veut. Qu'on débarrasse à fond l'aisselle de tout ce qui est malade ou seulement suspect. Il me semble que, si l'on s'en tient là, on aura fait quand même une très bonne opération; pourtant je ne suis pas opposé en principe à ce que, même dans un cas simple, on aille jusqu'à l'ablation totale des pectoraux (1) et à la dissection du creux sus-claviculaire. Après tout, mieux vaut dépasser le but que ne pas l'atteindre.

(1) Il faut se méfier de perforer la plèvre au moment de la prise des branches perforantes de la mammaire interne. Je connais des exemples de cet accident.

Pour les cas plus accentués, la prudence exige que l'on se soumette sans réserve aux préceptes de Halsted ; cependant si la situation était trop mauvaise, il n'y a plus d'opération large capable d'arrêter ou de modérer un processus manifestement funeste. Je risquerais peut-être une tentative, sans grandes illusions sur son résultat, mais je m'abstiendrais bien plutôt.

L'ablation des pectoraux à titre préventif n'est pas la seule bonne chose que renferme le manuel opératoire de Halsted. Ce n'est plus une tranche elliptique de peau qu'il faut supprimer en se ménageant de l'étoffe en quantité suffisante pour le rapprochement des lambeaux, c'est la peau du sein tout entière.

Il faut aussi de toute nécessité, après avoir disséqué les téguments loin du contour de la glande mammaire, avoir soin d'enlever la mamelle, les faisceaux musculaires, les ganglions de l'aisselle et la plus grande partie de leur gangue tout d'un bloc, sans entamer le tissu cancéreux, sans sectionner les infiltrations en traînées, afin d'éviter les greffes. Ceci, je le fais depuis plusieurs années avec rigueur.

Jusqu'ici je me suis contenté de la sonde cannelée et de mes doigts pour le curage de l'aisselle. Avec l'habitude je pense qu'on peut y réussir très complètement. Quelques coups de ciseaux de ci de là

achèvent la dissection. J'ai soin de pousser celle-ci très loin en arrière, jusqu'au grand dorsal et au grand dentelé. De ce côté, la négligence est funeste; des vaisseaux lymphatiques et même des ganglions échappent facilement à une investigation superficielle. Autant que possible il faut respecter les nerfs destinés aux grands muscles latéraux et postérieurs (grand dentelé, grand dorsal, sous-scapulaire); le sacrifice des vaisseaux sanguins n'a rien de fâcheux. Les vaisseaux lymphatiques et les ganglions sont, on le sait, échelonnés le long des pédicules vasculaires constitués par les artères acromio-thoracique, mammaire externe, sous-scapulaire et leurs veines. Gangolphe commence la dissection de l'aisselle par la ligature de ces vaisseaux au voisinage immédiat de l'artère et de la veine axillaire. Cette manière de faire est bonne à imiter. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 5 mai 1901, p. 421).

Tout cela est fort bien, mais il y a mieux à faire, c'est d'opérer le plus tôt possible. Il semble superflu au premier abord d'insister sur la nécessité des interventions précoces. Et pourtant combien d'incrédulité et de résistance on rencontre encore aujourd'hui, même chez des médecins distingués, relativement à la curabilité opératoire du cancer! A plus forte raison doit-on penser que dans le monde et dans tous les milieux du monde, cette même incrédulité,

cette même résistance empêchent les malades de se soumettre immédiatement à l'examen d'un chirurgien. Elles perdent un temps précieux en hésitations, en craintes chimériques, et le jour où elles se présentent à nous, s'il n'est pas trop tard pour agir efficacement, les chances de succès sont déjà notablement amoindries.

Sans être de ceux qui professent qu'il n'y a plus à compter de nos jours avec les notions de l'hérédité et de la prédisposition, je pense qu'il y a un intérêt majeur à laisser ces notions décourageantes dans l'ombre jusqu'à nouvel ordre. Il sera toujours temps de les soumettre à une révision nécessaire, lorsque nous serons plus exactement fixés sur l'étendue de l'influence des interventions précoces. C'est sur ce point que doit être concentrée pour le moment la plus grande part de notre attention. Je ne doute pas que l'effort commun ne démontre d'ici à quelques années tout ce qu'il y a de fondé dans ce précepte dont le public entier devrait se pénétrer, que, contre les cancers du sein, il faut non seulement agir largement, mais avant tout agir tôt, très tôt, dès le début.

ADDENDUM

Depuis le moment où ce travail a été livré à l'impression, j'ai pratiqué en ville une nouvelle amputation du sein pour cancer. La guérison de la malade étant complète, je crois opportun de faire figurer ce cas à la suite de ma série d'observations et des réflexions qu'elle m'a suggérées. Il prendra ainsi date pour une autre statistique.

58. *Amputation du sein gauche pour carcinome. Guérison.*

Madame A., âgée de 52 ans, encore régulièrement menstruée. N'a jamais eu d'enfants quoique ayant été deux fois mariée. Bonne santé habituelle, malgré un peu de disposition aux bronchites. En a eu une sérieuse l'hiver dernier. Pas d'arthritisme accusé. N'a jamais rien eu aux seins, n'a pas subi de traumatisme quelconque. *Une tante morte de cancer du sein, une cousine opérée cette année même* pour la même maladie.

Début apparent en juillet 1901, révélé par une *poussée intense d'engorgement mammaire.* Après disparition de cet engorgement, constatation par la malade d'un noyau dur qui

est devenu bientôt un peu adhérent aux téguments. Gêne sans douleurs.

A la fin d'octobre, je sens dans la partie supéro-externe du sein un noyau des dimensions d'une grosse noix, lâchement adhérent aux téguments, mais sur l'étendue de 4 à 5 cent. carrés. Mamelon un peu rétracté, ganglions axillaires manifestes mais mobiles. Rien ailleurs. Faible glycosurie de $0^{gr},25$ par litre.

Opération le 6 novembre 1901. Anesthésie avec le chloroforme. Ablation en bloc du sein avec presque tous ses téguments, de la plus grande partie du grand pectoral et de tout le tissu cellulo-graisseux de l'aisselle avec les ganglions. Evidement complet de l'aisselle et de l'espace scapulo-thoracique. Le petit pectoral, étant bien isolé des ganglions, est laissé en place. Suture après décollement des deux lambeaux. Tension assez grande, mais non exagérée des téguments. Un drain axillaire, un drain transversal en avant. Réunion immédiate. La cicatrisation totale du trajet antérieur prend trois semaines.

Examen histologique. — Le tissu de la tumeur ne donne que peu de suc au râclage. Prolongements à quelque distance. Stroma fibreux très développé renfermant des cordons épithéliaux formés de cellules polyédriques avec karyokinèses nombreuses et atypiques. Quatre ganglions où le tissu normal est remplacé par des masses de cellules polyédriques enveloppées dans un stroma conjonctif.

En somme ce cas a été opéré dans d'assez bonnes conditions, mais peut-être déjà un peu tard.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Considérations préliminaires	6
Résumé des faits	11
Observations I a LVII	12 à 47
Analyse et discussion des faits précédents	47
Résultats. — Statistique	53
Résumé. — Comparaison avec d'autres statistiques	67
Les causes des succès et des insuccès	78
Nécessité d'un diagnostic précis et précoce	83
La technique moderne	100
Addendum observ. LVIII	121

Dijon. — Imprimerie Darantière, 65, rue Chabot-Charny.

Traité de Chirurgie clinique et opératoire

PAR

A. LE DENTU
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

PIERRE DELBET
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

10 vol. in-8 de 800 à 1000 pages, illustrés de figures..... 125 fr.

TOME I. — **Pathologie générale. — Maladies de l'Appareil tégumentaire.** — *Contusions et plaies*, par H. NIMIER. — *Complications des traumatismes*, par A. RICARD. — *Phlegmons, Septicémie, Infection purulente*, par J.-L. FAURE. — *Maladies générales et traumatismes*, par A. RICARD. — *Brûlures et froidures*, par A. LE DENTU. — *Gangrènes, ulcères, fistules*, par C. LYOT. — *Maladies et difformités des cicatrices*, par C. LYOT. — *Tuberculose et abcès froids*, par A. LE DENTU. — *Charbon et Pustule maligne*, par C. LYOT. — *Actinomycose*, par BRODIER. — *Néoplasmes*, par P. DELBET. — *Maladies de l'appareil tégumentaire*, par J.-L. FAURE. ..... 12 fr.

TOME II. — **Maladies des Os.** — *Fractures*, par RIEFFEL. — *Maladies non traumatiques des os*, par MAUCLAIRE. ..... 12 fr.

TOME III. — **Articulations, Muscles, Tendons, Gaines et Bourses séreuses.** — *Lésions traumatiques des articulations*, par GAUIER. — *Maladies inflammatoires des articulations*, par MAUCLAIRE. — *Arthropathies nerveuses*, par CHIPAULT. — *Ankyloses et tumeurs articulaires*, par MAUCLAIRE. — *Arthrites tuberculeuses*, par M. GANGOLPHE. — *Muscles, tendons, synoviales tendineuses et bourses séreuses*, par LYOT ..... 12 fr.

TOME IV. — **Nerfs, Artères, Veines lymphatiques, Crâne, Rachis et Moelle.** — *Nerfs*, par Ed. SCHWARTZ. — *Artères*, par Pierre DELBET. — *Veines*, par Ed. SCHWARTZ. — *Lymphatiques*, par H. BRODIER. — *Crâne, encéphale, rachis et moelle*, par A. CHIPAULT..... 12 fr.

TOME V. — **Œil, Oreilles, Nez, Face, Mâchoires.** — *Œil*, par A. TERSON. — *Oreille et Nez*, par CASTEX. — *Vices de conformation de la face*, par LE DENTU. — *Mâchoires*, par NIMIER ..... 12 fr.

TOME VI. — **Bouche, Cou, Poitrine.** — *Bouche, lèvres, langue, glandes salivaires*, par H. MORESTIN. — *Œsophage*, par Michel GANGOLPHE. — *Larynx et trachée*, par LUBET-BARBON. — *Corps thyroïde*, par LYOT. — *Cou*, par ARROU. — *Poitrine*, par Ch. SOULIGOUX. ..... 12 fr.

TOME VII. — **Mamelle, Abdomen et Intestin.** — *Mamelle*, par BINAUD. — *Abdomen, Péritoine, Intestin*, par A. GUINARD. — *Hernies*, par JABOULAY. 12 fr

TOME VIII. — **Abdomen et Organes urinaires.** — *Mésentère, pancréas, rate*, par F. VILLAR. — *Foie et voies biliaires*, par FAURE. - *Rectum et anus*, par Pierre DELBET. — *Reins, capsules surrénales, uretères*, par ALBARRAN. 12 fr

TOME IX. — **Organes génito-urinaires.** — *Vessie*, par LEGUEU. — *Urètre*, par ALBARRAN et LEGUEU. — *Prostate*, par ALBARRAN. — *Pénis*, par LEGUEU. — *Bourses et vaginale*, par SEBILEAU ..... 12 fr.

TOME X. — **Organes génito-urinaires. — Membres.** — *Testicule, vésicules séminales*, par SEBILEAU. — *Vulve et vagin, prolapsus génitaux*, par PICHEVIN. — *Utérus*, par Ed. SCHWARTZ. — *Annexes de l'utérus*, par LE DENTU et BONNET. — *Membres*, par P. MAUCLAIRE..... 17 fr.

PATHOLOGIE EXTERNE

Nouveaux Éléments de Pathologie chirurgicale, par *Fr. GROSS*, et *J. ROHMER*, professeurs de clinique, *A. VAUTRIN* et *ANDRÉ*, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy. Nouvelle édition. 1900, 4 vol. in-8 de chacun 1,000 pages, reliés en maroquin souple, tête dorée..... 60 fr.

Séparément : Nouveaux Éléments de Pathologie chirurgicale générale, 2 vol. in-8 de 800 pages..... 14 fr.

Aide-Mémoire de Pathologie externe et de Chirurgie des régions, par le professeur *Paul LEFERT*, 4e *édition*. 1899, 3 vol. in-18, de 930 pages, cart..... 9 fr.

Le même en 1 volume relié maroquin souple, tête dorée.. 10 fr.

Tableaux synoptiques de Pathologie externe, par le Dr *VILLEROY*, 2e *édition*, 1899, 1 vol. gr. in-8 de 200 pages, cart..... 5 fr.

Encyclopédie internationale de Chirurgie, par *DUPLAY*, *GOSSELIN*, *VERNEUIL*, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; *BOUILLY*, *P. SEGOND*, *NICAISE*, *Ed. SCHWARTZ*, *G. MARCHANT*, *PICQUÉ*, chirurgiens des hôpitaux de Paris; *OLLIER*, *PONCET*, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon; *POUSSON* (de Bordeaux), *Maurice JEANNEL* (de Toulouse), etc. 1888, 7 vol. gr. in-8, comprenant ensemble 6680 pages, à 2 colonnes, avec 2758 figures..... 70 fr.

Chaque volume se vend séparément..... 10 fr.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Aide-Mémoire de Clinique chirurgicale, par le professeur *Paul LEFERT*, 1 vol. in-18 de 300 pages, cart..... 3 fr.

La Pratique journalière de la Chirurgie dans les Hôpitaux de Paris, par le prof. *Paul LEFERT*, 1894, 1 vol. in-18, cart. 3 fr.

Consultations chirurgicales, à l'usage des praticiens, par les Drs *BRAQUEHAYE* et *de ROUVILLE*. 1900, 1 vol. in-8..... 6 fr.

La Chirurgie journalière, par le Dr *A. DESPRÈS*, chirurgien de la Charité. 4e *édition*, 1894, 1 vol. gr. in-8 de 900 pages..... 12 fr.

Clinique chirurgicale, par *U. TRÉLAT*, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1891, 2 vol. gr. in-8 de 800 pages..... 30 fr.

Clinique chirurgicale, par *A. RICHET* (de l'Institut). 1893, 1 vol. gr. in-8 de 700 pages..... 12 fr.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par le Dr *VALETTE*. 1875, 1 vol. in 8 de 620 pages, avec figures..... 12 fr.

Chirurgie journalière des Hôpitaux de Paris, par le Dr *GILLETTE*. 1877, 1 vol. in-8 de 772 pages, avec 662 fig., cart.... 12 fr.

Éléments de Chirurgie clinique, par *Félix GUYON*, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1873, 1 vol. in-8 de 662 pages, avec 63 fig. ..... 12 fr.

Chirurgie orthopédique, par le Dr *DE SAINT-GERMAIN*. 1873, 1 vol. in-8 de 651 pages, avec 129 fig..... 9 fr.

Leçons cliniques de Chirurgie orthopédique, par le Dr *PHOCAS*. 1895, 1 vol. in-8 de 524 pages..... 8 fr.

Tableaux synoptiques d'Exploration chirurgicale des organes, par le Dr *CHAMPEAUX*. 1901, gr. in-8, cart..... 5 fr.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Atlas manuel des Bandages, Pansements et Appareils, par le professeur *HOFFA, édition française*, par *P. HALLOPEAU*, Préface de *M. BERGER*, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1900, 1 vol. in-16 de 160 p., avec 128 pl. en couleur, relié.. **14** fr.

Précis de Thérapeutique chirurgicale et de Petite chirurgie, par le Dr *DECAYÉ*, 2e *édition*, 1893, 1 vol. in-18 de 636 p., cart. **8** fr.

Chirurgie d'urgence, par le Dr *CORRE*. 1872, 1 vol. in-18 de 216 p. **2** fr.

Les Pansements modernes, le pansement ouaté, par *A. GUÉRIN*. 1889, 1 vol. in-16 de 392 p., avec fig..... **3** fr. **50**

Précis iconographique des Bandages, par le Dr *GOFFRES*, 1887, 1 vol. in-18 avec 81 planches. — Figures noires..... **18** fr.
Figures coloriées..... **36** fr.

Arsenal de la Chirurgie contemporaine, par les Drs *GAUJOT* et *SPILLMANN*. 1872, 2 vol. in-8, avec 1,437 figures..... **32** fr.

Aide-Mémoire de Petite chirurgie et de thérapeutique chirurgicale, par le professeur *P. LEFERT*. 1901, 1 vol. in-18 cart.... **3** fr.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Atlas manuel de Chirurgie opératoire, par *ZUCKERKANDL* et *MOUCHET*, 2e *édition*, 1899, 1 vol. in-16 de 268 pages, avec 271 fig. et 24 pl. coloriées, relié maroquin souple, tête dorée ... . **16** fr.

Tableaux synoptiques de Médecine opératoire, par le Dr *LAVARÈDE*. 1900, 1 vol. gr. in-8, de 200 pages, avec 150 fig. dessinées par *G. DEVY*, cart. (*Collection Villeroy*)..... ..... **6** fr.

Précis d'Opérations de Chirurgie, par *J. CHAUVEL*, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce. 3e *édition*. 1891, 1 vol. in-18 de 818 pages, avec 350 fig., cart..... **9** fr.

Précis de Médecine opératoire, par le Dr *Ed. LEBEC*, prosecteur des hôpitaux. 1885, 1 vol. in-18 de 468 pages, avec 410 fig..... **6** fr.

Nouveaux Éléments de Médecine opératoire, par le professeur *H. CHRÉTIEN*, 1881, 1 vol. in-18 de 528 pages, avec 184 fig.... **6** fr.

Aide-Mémoire de Médecine opératoire, par le professeur *Paul LEFERT*, 1 vol. in 18 de 300 pages, cart..... **3** fr.

La Pratique des Opérations nouvelles en Chirurgie, par le Dr *GUILLEMAIN*, 1895, 1 vol. in-18 jésus de 350 pages, cart..... **5** fr.

Traité de Médecine opératoire, par le Dr *WINIWARTER*, professeur à l'Université de Liége. 1898, 1 vol. gr. in-8, 480 pages, 60 fig. **15** fr.

Précis d'Anatomie topographique, par le Pr *N. RUDINGER*, Edition française, par *P. DELBET*. Introduction par le Pr *LE DENTU*, 1893, 1 vol. gr. in-8, 252 pages et 68 fig. noires et coloriées, cart. **8** fr.

Aide-Mémoire d'Anatomie topographique, par le professeur *Paul LEFERT*, 1 vol. in-18 de 300 pages, cart..... **3** fr.

Tableaux synoptiques d'Anatomie topographique, par le Dr *BOUTIGNY*. 1900, 1 vol. gr. in-8 avec fig., cart..... **6** fr.

Précis iconographique de Médecine opératoire et d'Anatomie chirurgicale, par *Claude BERNARD* et *HUETTE*. 1882, 1 vol. in-18, avec 113 pl., fig. noires. **24** fr. — Figures coloriées . **48** fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Consultations Gynécologiques, par le Dr de *ROUVILLE*, professeur agr. à la Faculté de Montpellier. 1901, 1 vol. in-8 avec fig. 6 fr.

Précis de Gynécologie pratique, par le Dr *C. FOURNIER*, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens. 1900, 1 vol. in-16 de 350 pages, avec fig., cart..... 5 fr.

Aide-Mémoire de Gynécologie, par le prof. *P. LEFERT*. 1 vol. in-18 de 300 p., cart..... 3 fr.

La Pratique Gynécologique dans les Hôpitaux de Paris, par le prof. *P. LEFERT*. 1896, 1 vol. in-18 de 300 pages, cart..... 3 fr.

Traité pratique de Gynécologie, par les Drs *S. BONNET*, ancien interne des hôpitaux de Paris et *P. PETIT*. 1894, 1 vol. in-8 de 804 pages, avec 297 figures dont 90 coloriées..... 15 fr.

La Pratique des Maladies des femmes, par *T. EMMET*. Préface par le prof. *TRÉLAT*. 1887, 1 vol. gr. in-8 de 860 p., avec 220 fig. 15 fr.

Traité pratique des Maladies des femmes, par *CHURCHILL* et *LEBLOND*. 3e *édition*, 1881, 1 v. gr. in-8 de 1,158 p., avec 365 fig. 18 fr.

Leçons cliniques sur la Menstruation et ses troubles, par le Dr *GALLARD*. 1884, 1 vol. in-8 de 325 p., avec 37 fig..... 6 fr

Leçons cliniques sur les Maladies des ovaires par le Dr *GALLARD*. 1886, 1 vol. in-8 de 463 pages, avec 47 fig..... 8 fr.

Anatomie pathologique de l'Utérus et de ses Annexes, par *BOIVIN* et *DUGÈS*. 1866, atlas in-folio de 41 pl col., cart.... 45 fr.

Traité clinique de l'Inversion utérine, par le prof. *DENUCÉ*. 188', 1 vol. in-8 de 645 pages, avec 103 fig..... 15 fr.

La Chirurgie ignée dans les maladies de l'utérus, par le Dr *ABEILLE*. 1886, 1 vol. in-8 de 452 pages, avec 2 pl. et 44 fig... ..... 12 fr.

Traitement chirurgical des Myomes utérins, par le Dr *VAUTRIN*. 1886, gr. in-8, 360 pages .... 6 fr.

Du Cancer primitif du Corps de l'utérus. Diagnostic et traitement, par le Dr *BISCH*. 1892, gr. in-8, 148 pages..... 4 fr.

Parallèle de l'Hystérie et des maladies du col de l'utérus, par le Dr *DECHAUX*. 1873, 1 vol. in-8 de 444 pages..... 5 fr.

Les Maladies de l'utérus et la physiologie médicale de la femme, par le Dr *DECHAUX*. 1877, 1 vol. in-16 de 178 pages..... 3 fr. 50

Des Maladies des ovaires et de l'ovariotomie, par le Dr *KOEBERLÉ*. 1878, in-8, 135 pages, avec fig. .... 4 fr. 50

La Côlite muco-membraneuse chez les utérines, par le Dr *LETCHEFF*. 1895, in-8, 118 pages ..... 3 fr. 50

Hystérectomies totales vaginales et abdominales dans le Cancer de l'utérus, par le Dr *BIGEARD*. 1899, 1 vol. gr. in-8 de 316 pages ..... 7 fr.

Documents sur l'Hystérectomie abdominale totale, par le Dr *GUERMONPREZ*. 1896, in-8, 216 pages, avec 19 fig..... 5 fr.

Salpingostomie et opérations conservatrices des trompes utérines, par le Dr *JARSAILLON*. 1899, in-8, 145 pages..... 4 fr.

Opérations conservatrices de l'Ovaire et de la trompe, par le Dr *MONTANA*. 1899, in-8..... 4 fr.

Hémorragies utérines, traitement électrique, par le Dr *ZIMMERN*. 1901, 1 vol. gr. in-8, avec fig..... 8 fr.